

260

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Mars 1901, à une heure

Par M. CAPELLE (PAUL-GUSTAVE-JOSEPH)

NÉ A COMINES (NORD), LE 16 NOVEMBRE 1874

Ancien Externe des Hôpitaux de Lille

Ancien Externe de la Maternité Sainte-Anne et de l'Hôpital des Enfants

Membre Adjoint de la Société Anatomique-Clinique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU LUPUS ÉRYTHÉMATÉUX DES MUQUEUSES

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. FOURNIER

Juges : { MM. LANDOUZY, professeur.
 { LETULLE
 { LAUNOIS } agrégés.

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Mars 1901, à une heure

Par M. CAPELLE (PAUL-GUSTAVE-JOSEPH)

NÉ A COMINES (NORD), LE 16 NOVEMBRE 1874

Ancien Externe des Hôpitaux de Lille

Ancien Externe de la Maternité Sainte-Anne et de l'Hôpital des Enfants

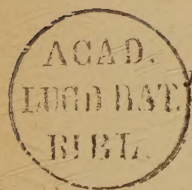
Membre Adjoint de la Société Anatomico-Clinique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DES MUQUEUSES

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. FOURNIER



Juges :

{ MM. LANDOUZY, professeur.
LETULLE } agrégés.
LAUNOIS }

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TILLAX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	HEIM.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
	LEGUEU.		

~ Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance
et d'amour filial.*

—

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

—

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

—

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DERVILLE

Professeur à la Faculté libre de Médecine de Lille

A TOUS MES AUTRES MAITRES
DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

En suivant au dispensaire Saint-Raphaël, à Lille, la consultation de dermatologie, toujours si assidûment fréquentée, de notre savant maître, M. le professeur Derville, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer au mois de juillet dernier, un malade atteint d'une affection peu commune des muqueuses, nous voulons parler du lupus érythémateux de Cazenave (1851). Cette maladie, désignée encore sous les noms d'érythème centrifuge ou de lupus qui détruit en surface, par Bielt (1828), de lupus superficiel, par Thomson (1850), de séborrhée congestive, par Hebra (1845), de scrofulide érythémateuse, par Hardy (1858), assez fréquemment observée sur la peau, n'a été constatée que très exceptionnellement sur les muqueuses. La plupart des dermatologistes ne la mentionnent pas sur ces membranes ou se contentent sans la décrire de la signaler comme une

rareté. Aussi, frappé de ce fait et sur les conseils de notre maître, avons-nous entrepris des recherches sur ce sujet et avons-nous décidé d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Après un aperçu historique de la question, nous exposerons les conditions étiologiques d'apparition de cette maladie des muqueuses. Le chapitre troisième sera consacré à la description clinique ; le quatrième à l'anatomie pathologique. Dans le cinquième, nous chercherons à en éclaircir la nature. Le chapitre sixième aura trait au diagnostic ; le septième, au pronostic. Dans le huitième nous passerons en revue les différents modes de traitement. Puis viendront les observations. Enfin, nos conclusions et un index bibliographique termineront notre travail.

Mais, avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remplir un devoir agréable en acquittant, bien imparfaitement, de nombreuses dettes de reconnaissance.

Nos remerciements s'adresseront d'abord à notre mère bien-aimée qui, pendant vingt-six années, si rapides et si heureuses, passées auprès d'elle, n'a cessé de nous témoigner sa tendresse et sa sollicitude. Nous sommes heureux de lui faire la dédicace de cet humble travail comme un témoignage public

de notre admiration et de notre filiale et profonde gratitude.

Nous remercions aussi, très sincèrement, notre frère et nos deux sœurs des bons conseils et des marques d'affection qu'ils nous ont prodigués.

M. le professeur Derville a droit, à plus d'un titre, à nos sentiments de respectueux hommage. C'est lui qui, le premier, nous a initié aux secrets de la clinique. Durant le cours de nos études médicales il ne nous a ménagé ni son temps, ni sa science, ni sa sympathie et il nous a encore donné une preuve de sa bienveillance en nous inspirant le sujet de notre thèse.

Merci à tous nos Maîtres de la Faculté libre de Lille, particulièrement à MM. les professeurs Duret, Augier, Desplats, Eustache, dans le service desquels nous eûmes l'honneur d'être externe. C'est à leurs savantes leçons, c'est à un affectueux contact de tous les jours que nous devons notre éducation médicale.

Que M. le professeur Guermonprez, dont le dévouement absolu et désintéressé est justement apprécié par ceux qui ont le plaisir de l'approcher, reçoive ici l'expression de notre vive gratitude pour les conseils judicieux qu'il vient de nous donner.

Nous n'oublierons pas tous ceux qui furent nos

Maitres à Paris durant la dernière année de nos études, et nous évoquerons longtemps avec admiration la clarté et la science de leurs cliniques et l'intérêt si grand de leurs consultations.

A tous nos parents et amis enfin, dont la sympathie ne s'est jamais démentie, nous sommes heureux de dire ici toute notre reconnaissance.

Nous apprécions hautement le grand honneur que nous a fait M. le professeur Fournier en voulant bien accepter la présidence de notre thèse, et nous le prions de recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

C'est en 1861, dans les leçons sur la scrofule de Bazin, qu'à notre connaissance, nous trouvons, pour la première fois notée, la possibilité de l'envahissement des muqueuses par le lupus érythémateux. Le savant dermatologiste se contente de dire : « Cette affection peut aussi se propager aux membranes muqueuses. Sur le n° 110, elle s'est étendue sur la muqueuse de la lèvre inférieure ».

Hébra, en 1875, signale le lupus érythémateux sur le bord rouge des lèvres.

Suivant Homolle, il n'envahit les muqueuses que dans des cas très exceptionnels : « Bazin, dit-il, cite un cas d'extension du lupus érythémateux à la lèvre inférieure ; j'ai observé deux faits semblables, mais dans aucune des deux observations qui m'ont été communiquées par M. Lailler, les altérations de la muqueuse buccale ne se trouvent signalées. Le lupus, qui détruit en surface, ne serait représenté que par quelques cas d'extension à la muqueuse

labiale du lupus érythémateux. Les lèvres sont, en effet, le seul point où l'on ait constaté la propagation des scrofulides érythémateuses ».

Duhring, dans le *Philadelphia medical Times*, juin 1875, mentionne le lupus érythémateux de la muqueuse des lèvres.

Pour Liveing, il apparaît beaucoup moins fréquemment sur les muqueuses des narines, des joues, des gencives et de la langue.

Looten, divise les scrofulides des muqueuses en scrofulides érythémateuses, tuberculeuses et crustacées ulcéreuses.

Dans son *Traité des maladies de la peau*, en 1880, Neumann raconte qu'il a observé un cas, dans lequel la muqueuse de la voûte palatine présentait une tâche de lupus érythémateux.

Renouard, dans sa thèse inaugurale, en 1884, écrit : « Le lupus érythémateux peut enfin avoir son siège sur les muqueuses du palais et des joues, formant alors de grandes plaques rouges, recouvertes d'excoriations, d'un enduit grisâtre ou de cicatrices bleuâtres aussi rebelles que les disques du visage ».

« Sur les muqueuses, écrit en 1885, Ziemsen, le lupus érythémateux a été observé sur les lèvres, les paupières, le palais dur et les joues. Les lèvres, quand elles sont affectées, sont striées, sèches et sont couvertes d'écailles, excessivement fines, ressemblant aux grains de sable ».

Schoemaker, en 1888, nous dit que dans le lupus

érythémateux disséminé, les membranes des muqueuses, des gencives et des joues peuvent quelquefois être envahies.

La même année, Hutchinson, dans une leçon sur le lupus, s'exprime ainsi : « Quand les muqueuses sont prises, c'est presque toujours en association avec le lupus vulgaire et non avec le lupus érythémateux. Le lupus érythémateux affecte, en effet, très rarement les muqueuses, mais cependant cette localisation peut se rencontrer occasionnellement ».

Brocq, dans son traité des maladies de la peau (1890), se demande si l'érythème centrifuge typique s'observe sur les muqueuses. Il croit qu'il peut envahir les lèvres. Néanmoins, la plupart des faits de lupus érythémateux des lèvres, et surtout des muqueuses, qu'il a vus, lui ont paru devoir être rapportés à ce qu'il désigne sous le nom de lupus érythémateux fixe. Il s'observerait rarement sur les muqueuses proprement dites, mais, par contre, envahirait assez souvent les lèvres où il empièterait parfois sur leur face muqueuse propre.

Selon Thibierge, on le rencontrerait quelquefois sur les muqueuses, en particulier sur la muqueuse buccale, soit isolément, soit le plus souvent par propagation des lésions des portions adjacentes des lèvres.

D'après Kaposi, le lupus érythémateux envahirait très exceptionnellement les muqueuses. L'auteur en a cependant vu trois exemples. Dans l'un de ces cas, il a trouvé sur le palais et à l'intérieur des lèvres

de larges placards entourés de taches cicatrisées blanc-bleuâtres et d'excoriations superficielles rouges ou grises, depuis la grandeur d'un simple point jusqu'à celui d'une lentille.

Gaucher, dans son traité des maladies de la peau en 1893, écrit ceci : « Le lupus érythémateux simple peut siéger exceptionnellement sur la muqueuse buccale soit à l'état isolé, soit par propagation d'un lupus des lèvres ».

Citons encore :

Tenneson (1893) : « Sur les muqueuses le lupus érythémateux est très rare ».

Radcliffe Crocker : « Le lupus érythémateux peut apparaître dans les points où il n'y a pas de glandes sébacées tels que la face palmaire, la plante des pieds et les membranes muqueuses des joues et du palais où il se montre sous l'aspect d'une rougeur peu foncée, d'efflorescences grisâtres ou d'écailles blanchâtres ».

Malcolm Morris parle de la localisation du lupus érythémateux sur la muqueuse laryngée. Voici ce qu'il dit : « Les muqueuses de la face interne des lèvres et des joues, du palais et du larynx peuvent aussi être attaquées, habituellement par extension des lésions de la peau ».

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 octobre 1895, dans un article publié par Marcel Sée sur le lupus érythémateux, nous lisons : « Le lupus érythémateux des muqueuses est aussi un lupus fixe. Il y apparaît rarement en premier. Presque toujours il s'y déve-

loppe par extension d'un lupus de la face, Son siège ordinaire est aux lèvres, puis à la face interne des joues, enfin à la voûte palatine ».

Cros, dans sa thèse très documentée sur le lupus érythémateux, écrit : « Le lupus érythémateux peut en effet siéger aussi sur les muqueuses. Il s'y présente sous forme de plaques excoriées, recouvertes suivant les moments de l'évolution, d'un enduit grisâtre opalin ou de cicatrices bleuâtres. Il y simule assez bien dans ses premiers stades les lésions syphilitiques ».

C. W. Allen signale le lupus érythémateux de la langue : « Sur la langue le lupus érythémateux est plus rarement vu, quoique sa présence sur les lèvres et les surfaces internes des joues en connexion avec son apparition sur la face n'est pas aussi exceptionnelle ».

Dubreuilh, dans le livre qu'il consacre aux maladies de la peau dans la collection Testut, s'exprime en ces termes : « Le lupus érythémateux des muqueuses est assez fréquent sur le bord libre des lèvres où il forme des plaques arrondies, violacées, avec des marbrures blanchâtres au centre ; il est très rare sur les muqueuses des joues et de la gorge, où il a cependant été observé ».

Enfin, tout récemment, Hyde, dans son nouveau *Traité des maladies de la peau*, paru en 1900, fait la même observation en disant, au sujet du lupus érythémateux : « Sa localisation sur les muqueuses est exceptionnelle ».

Si on en juge par toutes ces considérations et par ce fait que, dans leurs traités des maladies de la peau, des dermatologistes tels que Devergie, Wilson, Hardy, Guibout, Allan Jamieson l'ont passé sous silence, le lupus érythémateux des muqueuses doit être très rare.

ÉTIOLOGIE

On sait, dit Isabel, dans sa dissertation inaugurale, qu'il y a entre la peau et les muqueuses un rapprochement de fonction et de structure très frappant. Les muqueuses à épithélium pavimenteux (bouche, pharynx), développées au dépens du feuillet épidermique du blastoderme offrent avec la peau le plus haut degré d'analogie.

Looten, de son côté, écrit : « Les médecins de l'hôpital Saint-Louis, frappés de cette ressemblance évidente, ont pu établir, en principe, que les muqueuses, comparables à la peau par leur structure, pouvaient comme elle être le siège de lésions analogues ».

Les conditions étiologiques qui leur donnent naissance sont aussi les mêmes que pour celles de la peau. C'est probablement en vertu d'une prédisposition particulière des sujets, peut-être parce qu'elles constituent un *locus minoris resistentiæ*.

Dés lors, le *lupus érythémateux* des muqueuses

participerait à l'étiologie générale de celui de la peau.

L'influence du climat est évidente. Dans les régions froides et humides le lupus érythémateux est plus fréquent. Dans les traités de dermatologie tropicale, on ne le trouve pas mentionné, tandis qu'on le rencontre en Angleterre, en Allemagne. Il est plus commun dans le Nord de la France et à Paris que dans le Midi. En effet, la plupart des observations de lupus érythémateux que nous publierons, se rapportent à des sujets anglais, allemands, habitant Paris et le nord de la France. Deux cas seulement concernent l'un, un habitant de Bordeaux, l'autre, de Montpellier.

Les variations brusques de température et de pression atmosphérique font souvent progresser les lésions lupiques; les saisons froides sont presque partout indiquées comme la période d'apparition et d'accroissement du lupus érythémateux.

On le rencontre plus souvent chez des gens vivant à la campagne et exposés au grand air, au vent.

Les maladies générales favoriseraient son développement. On le note souvent à la suite d'une maladie débilitante (érysipèle, variole, fièvre typhoïde et rougeole).

Il atteint les sujets lymphatiques ou scrofuleux, les personnes en état de misère physiologique.

Il coïncide souvent avec la chlorose, l'anémie, la dysménorrhée, l'aménorrhée, les troubles du tube digestif, et avec toutes les causes qui tendent à gêner la circulation.

Doivent être incriminés aussi tous les facteurs d'affaiblissement : mauvais hygiène, excès de table, alcoolisme, alimentation défectueuse et tous les états de dénutrition.

Il survient quelquefois à la suite de chagrins violents, d'émotion, comme nous le voyons dans l'observation IV de la thèse de Calmels, ou à la suite de commotion très forte, comme en témoigne le cas de Perrin, où un tremblement de terre occasionna la suppression des règles et l'apparition de plaques lupiques.

L'hérédité serait un facteur négligeable.

Quant aux causes qui pourraient plus spécialement provoquer les manifestations localisées du côté des muqueuses, il est bien évident que toutes les causes d'irritation, agissant sur des sujets prédisposés, pourront exercer leur funeste influence et hâter l'explosion du mal. Car, quelle que soit l'idée que l'on se fasse de la nature du lupus érythémateux, nous pensons que cette affection exige une modification spéciale de l'organisme et que les causes d'apparence banale, si souvent invoquées par les anciens, ne doivent pas, sous l'influence des doctrines microbiennes, être complètement abandonnées.

S'il est vrai que les facteurs d'irritation : effraction de l'épiderme, traumatisme, éruptions diverses, emplâtres de capsium, badigeonnages de teinture d'iode précèdent souvent, comme semblent le prouver les cas de Whitehouse et de Kobner, les localisations de l'affection sur la peau, pourquoi

n'admettrions nous pas qu'il en est ainsi pour les muqueuses qui sont beaucoup plus sensibles et plus vulnérables.

Et de fait l'abus du tabac, les excès alcooliques, la malpropreté, l'usage immodéré de la voix méritent d'être signalés comme causes occasionnelles. Le malade, qui fait l'objet de notre observation personnelle, était grand fumeur. Dans l'observation de Lustgarten (observation XVII), le malade était un fumeur de cigarettes invétéré. Celui de l'observation de Du Castel (observ. VII) était par son métier souvent exposé aux vapeurs irritantes du chlore et de l'acide sulfureux. Dans le cas de Lassar (observ. XIX), nous voyons que le lupus érythémateux était apparu sur la muqueuse du palais à la suite de l'irritation produite par le port d'un appareil prothétique.

D'autre part, si dans nos observations de lupus érythémateux des muqueuses, nous passons en revue les professions connues des malades : trieur de laines, portefaix, militaire, cuisinier, négociant en eaux-de-vie, fripier, prédicateur, maréchal-ferrant, brossier, nous constatons que les muqueuses envahies sont très exposées aux causes d'irritation.

N'en est-il pas de même de la leucoplasie buccale ? Si le plus souvent elle ne se développe que chez les vieux syphilitiques, il est certain que l'usage du tabac en favorise l'apparition, et tout récemment dans le service de M. le professeur Derville, au dispensaire Saint-Raphaël, nous en avons eu un

exemple remarquable. Un malade, ancien syphilitique, présentait une plaque de leucoplasie sur la muqueuse de la joue droite, sur le point qui était sans cesse en contact avec la chique que le malade porte habituellement dans la bouche.

Le lupus érythémateux des muqueuses est une maladie de l'âge adulte. Dans nos vingt-cinq observations, nous trouvons comme dates d'apparition des lésions, l'âge minimum de 15 ans et le maximum de 59 ans avec une moyenne de 32 ans.

Quant au sexe, tandis que, pour le lupus érythémateux de la peau, tous les auteurs s'accordent à dire qu'il est plus fréquent chez les femmes et que Guibout attribue ce fait à ce que la femme a la peau plus fine, plus impressionnable, plus riche que la peau de l'homme en vaisseaux capillaires, pour le lupus érythémateux des muqueuses nous ne trouvons pas la même proportion. Dans nos 25 cas nous le rencontrons 14 fois dans le sexe masculin et 11 fois dans le sexe féminin. Cela n'a rien qui puisse nous surprendre si nous considérons comme démontré que chez les premiers les muqueuses sont plus sujettes aux causes d'irritation (tabac, alcool).

Quelle est maintenant la fréquence relative du lupus érythémateux des muqueuses par rapport à celle du lupus érythémateux de la peau. Nous n'avons pu établir de statistique personnelle à cet égard. Wilson sur 56 cas ne signale pas une seule fois le lupus érythémateux des muqueuses. Renouard sur 119 cas l'a rencontré une fois sur les

conjonctives et une fois sur la muqueuse buccale. Cros, dans les 27 observations qu'il rapporte dans sa thèse, a noté son siège trois fois sur les muqueuses (1 cas isolément) mais il faut remarquer que cette grande proportion tient à ce qu'il a recueilli tous les cas susceptibles de fournir des arguments en faveur de la nature tuberculeuse de cette maladie.

Notre opinion est que le lupus érythémateux des muqueuses est plus fréquent qu'on le croit et que bien souvent il passe inaperçu surtout s'il est primitif, car il n'occasionne quelquefois que des symptômes subjectifs peu prononcés qui n'éveillent ni l'attention du malade ni celle du médecin et il donne lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic avec des lésions similaires des muqueuses. C'est une maladie qui demande à être recherchée très attentivement.

SYMPTOMATOLOGIE

Le lupus érythémateux des muqueuses est une affection à marche quelquefois aiguë, le plus souvent chronique, débutant par une infiltration intra-dermique de cellules embryonnaires et caractérisée par des taches rouges foncées à reflet opalin, à bords nettement limités par un liseré blanchâtre, s'accompagnant le plus souvent d'hyperplasie épidermique et laissant à leur centre des dépressions atrophiques d'apparence cicatricielle.

Il peut apparaître primitivement sur les muqueuses et y rester localisé, mais le plus souvent il est secondaire, accompagnant ou suivant les lésions semblables du côté de la peau. Dans les 25 cas que nous rapportons, il débute neuf fois par les muqueuses et il s'y localise cinq fois.

Il peut siéger à peu près sur toutes les muqueuses accessibles à l'exploration. Dans la bouche il est de beaucoup plus fréquent sur la muqueuse labiale qu'il s'y rencontre isolément, ou le plus souvent par propagation des lésions des parties cutanées

adjacentes; puis viennent les muqueuses génienne, palatine, linguale, gingivale; le pharynx peut être attaqué; nous l'avons noté quatre fois sur le larynx, deux fois sur la muqueuse nasale et une fois sur la conjonctive.

Quant aux muqueuses des organes génitaux de l'homme, nous ne connaissons qu'une seule observation où il ait été vu, c'est celle de Piffard (obs. V), dans laquelle on le rencontre sur la muqueuse pénienne.

Jamais il n'a été signalé sur les muqueuses des parties génitales de la femme. Looten parle bien de l'esthiomène érythémateux de la peau (mont de Vénus, face externe des grandes lèvres, plis génitaux cruraux, périné, extrémités postérieures des grandes lèvres), mais toujours il respecte les muqueuses. Il y a une véritable analogie avec ce qui se passe au niveau des mêmes membranes pour le lupus vulgaire où nous savons qu'il est exceptionnel, et Hutchinson, pour expliquer ce fait, admet l'influence de la chaleur qui serait un ennemi du lupus.

Il n'a pas encore été remarqué non plus sur la muqueuse anale.

Voici du reste d'après la lecture de nos observations, les localisations que nous trouvons signalées.

Muqueuse buccale	{	labiale	13 fois.
		génienne	8 »
		palatine	7 »
		linguale	4 »
		gingivale	2 »

Muqueuse pharyngienne.....	8 fois.
— laryngienne.....	4 —
— nasale.....	2 —
— conjonctivale.....	1 —
— pénienne.....	1 —

Le lupus érythémateux des muqueuses appartient soit à la forme localisée, soit aux formes généralisées aiguës ou chroniques de la maladie de Cazenave.

Les types, localisé et généralisé chronique, ont une grande ressemblance et peuvent être décrits simultanément.

Chez le malade de l'observation VII, il nous a été permis de saisir les éruptions à leur période de début et voici ce que nous avons trouvé : sur une muqueuse parcourue par de fins lacis de capillaires dilatés, il y avait de petites taches rouges-violacées, isolées ou multiples, arrondies, légèrement saillantes, mais généralement plates, à contours très nets, d'une dimension variant de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, sans aucune humidité ni suintement, tantôt légèrement prurigineuses avec sensation légère de cuisson et de brûlure, tantôt sans aucun trouble de la sensibilité. A l'œil nu ou à la loupe, leur centre est légèrement déprimé et un peu décoloré. Par la pression, elles ne sont pas douloureuses, se décolorent en partie et laissent percevoir leur léger relief. Tantôt elles suivent leur évolution isolément, tantôt elles se réunissent, se confondent par leurs bords et forment des plaques.

Notons aussi sur la muqueuse avoisinant les taches la tuméfaction et la dilatation des glandes qui sont nettement visibles.

A la période d'état, l'affection est caractérisée par une ou plusieurs plaques symétriques ou distribuées irrégulièrement et de coloration variable. Sur leur surface la muqueuse est tantôt d'une teinte rouge foncée, tantôt blanc bleuâtre, opalescente, paraissant couverte d'un enduit pseudo-membraneux d'aspect ponctué, plus opaque en certains points, demi-transparent en d'autres comme si l'épithélium muqueux variait en transparence et en épaisseur.

Leur configuration générale diffère aussi. Tantôt elles représentent assez exactement des figures géométriques et sont le plus souvent arrondies, ovales, tantôt elles sont irrégulières ressemblant assez bien à des cartes de géographie. Elles sont légèrement surélevées, inégales, présentant çà et là des saillies et des dépressions cicatricielles et quelquefois des exulcérations tapissées de fausses membranes jaunâtres. Ces cicatrices arrondies ou étoilées, lisses, plus pâles que les parties avoisinantes, témoignent de l'existence d'éléments anciens qui ont parcouru toute leur évolution et se sont terminés spontanément par atrophie avec résorption interstitielle. Toutefois les éléments ne marchent pas fatalement vers l'atrophie. A côté de ceux-ci il en est qui, à la place de la cicatrice, peuvent présenter des saillies végétantes comme nous le voyons dans notre observation et cela paraîtrait correspondre à ce qui peut se passer

au niveau de la peau comme le démontre le cas de lupus érythémateux végétant d'Hallopeau.

Les bords des placards forment un léger relief au-dessus des parties saines adjacentes qui présentent, en certains endroits, des glandes dilatées et tuméfiées, donnant au toucher la sensation de noyaux durs, coniques et saillants. Ils sont nettement délimités et sont marqués par un liseré blanc opalin, continu, assez fin, presque élégant, et quelquefois, en dehors de celui-ci, par un autre plus diffus, congestif, de couleur jaune-rougeâtre.

Au niveau des lésions, la muqueuse est manifestement épaissie ; elle présente une sorte d'infiltration et d'induration superficielle nettement appréciable au toucher. La pression efface momentanément la couleur et provoque tantôt de la douleur, tantôt aucune réaction désagréable. Si, dans les endroits où il est possible de le faire, on appuie une plaque de verre, on n'y découvre aucune granulation et on met encore mieux en évidence les limites précises des parties atteintes et l'aspect cicatriciel de leur centre. La sensibilité des plaques n'est pas modifiée. Si on cherche à l'apprécier par le degré d'écartement des pointes de l'esthésiomètre, il est impossible de constater une différence notable entre le centre ou la périphérie des plaques et les parties saines de la muqueuse.

Ces lésions sont sèches, ne déterminent aucun suintement, ne répandent aucune odeur fétide, n'altèrent en rien la salive ; elles ne déterminent ni

phénomènes généraux, ni réaction fébrile. Tantôt elles sont le siège de douleurs spontanées : élancements, picotements, démangeaisons, tantôt elles sont indolentes et passent inaperçues.

Quand elles se localisent dans la bouche, la mastication ou l'ingestion d'aliments épicés ou de boissons chaudes ou irritantes peuvent y occasionner de vives cuissons. C'est, du moins, ce qui résulte de l'examen de notre observation, que nous publierons ici, et qui a trait au lupus érythémateux de la muqueuse buccale que nous avons surtout envisagé dans notre description.

OBSERVATION I (*personnelle et inédite*)

Lupus érythémateux de la face et des muqueuses linguale et génienne ayant débuté par la muqueuse buccale. Examen histologique d'un fragment de muqueuse lésée.

D... Victor, âgé de 38 ans, trieur de déchets de laines, à Tourcoing, se présente le 3 juillet 1900 à la consultation de M. le professeur Derville, au dispensaire Saint-Raphaël.

C'est un homme de taille élevée, d'embonpoint modéré, d'apparence vigoureuse, jouissant d'une bonne santé et ne se plaignant de temps en temps que de sensation de malaise, de brisement, de courbature dans les membres.

A l'âge de 9 ans, il eut la fièvre typhoïde. Pendant son service militaire (1883) il fut envoyé au Tonkin où il eut les fièvres paludéennes et la dysenterie. Depuis son retour en

France (1884), il a eu encore quelques accès de fièvre intermittente, mais ils sont devenus de moins en moins fréquents et depuis dix ans, il n'en a plus souffert. Dans son enfance, il ne semble pas avoir eu de manifestations scrofuleuses, si communes dans nos pays ; jamais de maux d'yeux, jamais d'écoulement d'oreilles, jamais d'adénopathies. Aucun de ses parents n'aurait présenté quelqu'un de ces accidents.

Son père est mort à l'âge de 53 ans. Il eut pendant les six derniers mois de sa vie de l'ictère ; en même temps il toussait mais il n'a jamais craché de sang.

Sa mère est vivante ; actuellement âgée de 71 ans, elle jouit d'une bonne santé.

Ses quatre frères, tous plus âgés que lui, sont en excellente santé. Un de ses neveux, fils de son frère aîné, est atteint d'une tumeur blanche du genou.

Sa femme est aussi bien portante. Des deux enfants qu'il a eus, l'aîné est mort de la rougeole, compliquée d'accidents thoraciques de courte durée (quatre jours) ; le plus jeune, âgé aujourd'hui de huit ans, est bien portant.

L'affection qui l'amène aujourd'hui à nous consulter a débuté par la cavité buccale, il y a dix mois, et notre malade, qui fume beaucoup, l'attribua d'abord au tabac. Il y a six mois, apparurent les lésions du nez et les lésions rétro-auriculaires.

Son attention fut attirée tout d'abord par quelques douleurs qu'il ressentait dans la bouche au moment de la mastication et de l'ingestion d'aliments chauds et épicés. Sur le nez et les oreilles, tout débuta par un petit bouton rouge qui s'étendit peu à peu sans jamais s'excorier, sans jamais donner d'écoulement sanguin. Ces lésions déterminent un peu de démangeaisons, surtout le soir, mais le malade n'a pas remarqué que les phénomènes d'irritation fussent plus accusés l'hiver que l'été. Il a noté seulement l'action irritante de la pipe ; aussi, de lui-même, a-t-il diminué beaucoup l'usage du tabac.

Jusqu'ici le malade ne fut soumis à aucun traitement

rationnel. Fatigué de la lenteur de la marche de la maladie et désirant une cure rapide, il changea souvent de médecin et enfin, s'abandonna aux soins d'empiriques qui ne firent qu'aggraver son affection, en employant des topiques irritants. Le dernier docteur qui le vit, croyant à des lésions syphilitiques, lui administra de l'iodure de potassium à haute dose. Ce traitement intensif lui causa une intoxication iodique et fut continué pendant trois mois, sans aucun résultat.

Les lésions, au moment de notre premier examen, étaient les suivantes :

Sur le nez, on trouve : une plaque rouge à cheval sur la partie supérieure du dos du nez, descendant de chaque côté sur les faces latérales de l'organe, et remontant vers l'angle interne des yeux, qu'elle n'atteint pas. Ce prolongement vers l'œil est complètement fusionné à droite avec la plaque dorsale du nez, tandis qu'à gauche, il y a un petit intervalle de peau saine entre la plaque érythémateuse, située au-dessous du bord de la paupière inférieure et la plaque principale. Cette dernière mesure 2 cent. 1/2 dans le sens vertical et s'étend transversalement d'un sillon naso-jugal à l'autre. On trouve, en outre, à 2 centim. sous la partie moyenne du bord libre de la paupière inférieure gauche, une petite tache érythémateuse de la dimension d'une grosse lentille.

Dans toute la zone de tégument que nous venons de délimiter au centre de la face, la peau est d'une coloration rouge vive assez uniforme, masquée en certains points par une desquamation en fines écailles très adhérentes. En d'autres points, la surface des parties malades est blanchâtre, légèrement déprimée, d'aspect cicatriciel, mais, en somme, ces parties cicatricielles sont peu étendues.

Au toucher, la peau malade est sèche, rugueuse, comme un peu râpeuse. A la loupe, on y distingue très nettement un assez grand nombre de petits orifices qui lui donnent un aspect criblé et correspondent aux orifices des glandes sébacées. Au niveau de quelques-uns de ces orifices, on voit

de petites saillies, gris noirâtres, très adhérentes, formées en apparence de cellules cornées accumulées. Ce sont ces saillies qui donnent au toucher la sensation de la rape. On peut les enlever avec la pointe de l'aiguille à scarifier ; ils entraînent avec eux une sorte d'auréole épidermique, blanchâtre, formée par l'épiderme voisin de l'orifice glandulaire.

Au niveau de la partie malade, la peau est épaissie. Au diascopie, elle offre une teinte jaunâtre, peu foncée, uniforme, qui indique une infiltration du derme, mais il est impossible d'y déceler un seul tubercule.

La délimitation des plaques est nette ; la rougeur s'arrête brusquement et il y a un petit bourrelet sur le bord, bourrelet légèrement saillant au-dessus de la peau voisine.

Sur les oreilles, les lésions occupent de chaque côté la cavité de la conque, la face postérieure du pavillon et la partie voisine de la peau qui recouvre la région mastoïdienne. Ces lésions sont absolument symétriques, disposées identiquement à droite et à gauche.

La plaque commence un peu au-dessous de la partie supérieure du bourrelet de l'oreille, descend obliquement vers le fond du sillon retro-auriculaire et en sort bientôt pour envahir la région mastoïdienne. Elle se prolonge ainsi jusqu'au niveau d'une ligne horizontale qui serait menée par la partie inférieure du lobule de l'oreille.

Telle est la disposition des lésions à gauche. A droite il y a une interruption dans la continuité de la plaque qui se trouve aussi divisée en deux parties inégales. La portion la plus importante occupe le pavillon, le sillon retro-auriculaire et la région mastoïdienne, mais descend moins bas qu'à gauche. Puis au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde, on trouve une petite plaque de la largeur d'une fève, séparée de la précédente par un intervalle de peau saine, large de 2 centimètres environ.

Sur toutes ces régions, l'aspect est typique : peau blanche, lisse, brillante, déprimée au centre ; squames fines, minces,

adhérentes sur la plus grande partie de la surface ; enfin à la périphérie liséré rouge, un peu saillant, nettement délimité en dehors, un peu diffus en dedans et formant la limite des lésions.

La périphérie de ces plaques est irrégulière, festonnée. Il n'y a pas de douleur à la pression.

Dans la conque du pavillon et à l'entrée du conduit auditif externe, même aspect. La peau est épaissie, rouge foncée, squameuse, fissurée même en un point du conduit auditif externe et le malade se plaint d'une certaine dureté de l'ouïe depuis qu'il est atteint de cette maladie.

Dans la cavité buccale nous trouvons des lésions sur les joues et sur la langue.

Sur la face interne des joues, nous trouvons une plaque disposée de la même façon à droite et à gauche.

Cette plaque allongée d'avant en arrière correspond par son milieu à l'intervalle des arcades dentaires. Elle commence en avant à un centimètre en arrière de la commissure labiale et s'étend en arrière jusque sur la branche montante du maxillaire inférieur qu'elle contourne. Ces plaques s'étendent ainsi tout le long de la face muqueuse de la joue sans interruption, sans solution de continuité.

Les lésions, notamment sur la joue gauche, ont un diamètre vertical assez grand et dans certains points ce diamètre mesure 4 centimètres. Cette largeur maxima correspond à la partie moyenne de la plaque ; aux extrémités antérieure et postérieure elle est beaucoup moins élevée.

La muqueuse dans toute la région malade est un peu surélevée ; elle est manifestement épaissie et la pression à ce niveau est douloureuse.

Les parties atteintes sont très nettement délimitées. Leur coloration varie suivant le point considéré ; sur presque toute leur surface, la muqueuse est d'une teinte blanc-bleuâtre, plus opaque en certains points, demi-transparente en d'autres, comme si l'épithélium muqueux variait en épaisseur et en

Lupus érythémateux de la face interne de la joue gauche
et du bord latéral gauche de la langue.

et ad eam lateralem gatione de re iungas.

.....

.....



transparence. La bordure des plaques est marquée par un liseré blanchâtre, continu, assez fin, presque élégant et ça et là sur son trajet et en dehors de lui la muqueuse présente une coloration jaune-rougeâtre de telle sorte que sur certaines parties de la circonférence de la plaque lupique on trouve deux fins liserés : un blanc opalin et un autre rouge-jaunâtre.

La surface de muqueuse délimitée par le premier de ces deux liserés, le seul qui soit continu, présente, en certains endroits, une coloration rouge vive, comme si elle avait été dépouillé de son épithélium et en quelques points limités des taches jaunâtres, claires, entourées d'un halo rouge vif ; ces dernières portions de muqueuse sont légèrement exulcérées.

A la limite postérieure des lésions et notamment au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur, la surface malade est irrégulière, mamelonnée ; cet aspect est dû à la présence de saillies très petites (elles atteignent au plus la dimension d'une tête d'épingle) s'élevant sur le fond rouge de la muqueuse.

Au palper, la muqueuse malade est manifestement épaissie.

Sur la face inférieure et le bord de la langue, on trouve, à gauche, une plaque allongée, occupant les deux tiers environ du diamètre antéro-postérieur de l'organe. Plus large à son extrémité postérieure, cette plaque se termine presque en pointe en avant. Elle est douloureuse pendant la mastication mais non pendant l'articulation des mots. A ce niveau, la muqueuse est épaissie, d'un rouge foncé au centre, et présente à sa périphérie, un fin liseré blanchâtre, très net, très marqué, plus accusé même que sur la limite des plaques jugales où la teinte blanchâtre de certains points du centre de la lésion masque la coloration de la bordure.

Sur le côté droit de la face inférieure de la langue, nous ne constatons aucune lésion.

Si on cherche à apprécier, par le degré d'écartement des pointes du compas, la sensibilité de ces plaques, il est impossible de noter de différence appréciable et constante entre la

sensibilité du centre ou de la périphérie et celle de la muqueuse des parties saines environnantes.

La région du cou est explorée avec soin ; nous ne trouvons qu'un seul ganglion, du volume d'une fève, situé derrière la branche montante du maxillaire inférieur, à gauche.

A l'examen de la poitrine, nous ne constatons rien d'anormal. Pas d'albumine dans les urines.

Examen histologique. — M. le professeur Augier a bien voulu faire l'examen histologique d'un fragment de muqueuse buccale lésée. Après durcissement et coloration à l'hémalum (solution à 5 0/0), il a trouvé les particularités suivantes :

Le revêtement épidermique a une épaisseur inégale ; dans quelques points les enfoncements interpapillaires sont plus volumineux, plus allongés qu'à l'état normal. Les cellules épithéliales qui constituent ces prolongements ont subi en certain nombre une tuméfaction ; le noyau est devenu vacuolaire. D'ailleurs cette vacuolisation s'aperçoit çà et là dans l'épaisseur du revêtement épithélial en dehors des prolongements interpapillaires. La couche de cellules à granulations d'éléidine est très inégale. Dans certains points ces granulations sont très nombreuses. Sur d'autres coupes elles sont rares au contraire, quoique les coupes soient très voisines les unes des autres.

On ne trouve qu'un petit nombre de cellules irrégulières dans l'épaisseur du revêtement épidermique.

Quant à la couche cornée elle présente ses caractères habituels. On n'aperçoit ni épaissement bien net, ni tendance à la désagrégation des cellules de cette couche.

Les altérations principales portent sur le derme dans la partie la plus superficielle. Les papilles, ainsi que le tissu sur lequel elles reposent, présentent une infiltration cellulaire très abondante qui va graduellement en s'atténuant à mesure qu'on se dirige vers les parties les plus profondes du derme. Dans certains points ces amas cellulaires sont tellement nombreux qu'ils infiltrent entièrement le derme et qu'on n'aperçoit plus les faisceaux du tissu conjonctif. D'une

manière générale ces cellules sont ordonnées parallèlement à la direction des vaisseaux ; elles ne forment pas d'amas circonscrits. Dans quelques points de la coupe il y a des granulations pigmentaires assez nombreuses disposées sous forme de trainées ou d'amas. Quant aux vaisseaux on ne les trouve distendus et remplis de globules rouges que dans les parties les plus éloignées du revêtement épidermique. Au milieu des amas de cellules lymphatiques on les aperçoit assez difficilement. On peut admettre qu'ils ont été vidés de leur contenu au moment de l'excision.

Les nombreuses cellules qui infiltrent la partie la plus superficielle du derme prennent, dans certains points, une tendance à l'organisation conjonctive ; en ces points, elles sont devenues fusiformes, mais leurs noyaux sont petits et il y a très peu de substance intercellulaire.

Les vaisseaux lymphatiques ne présentent rien de spécial. On n'a pas aperçu sur les coupes la présence de filets nerveux altérés.

On peut aussi noter l'absence totale de vésicules adipeuses.

En résumé, le revêtement épidermique présente des lésions insignifiantes. La lésion principale de la partie superficielle du derme est l'infiltration de leucocytes avec tendance à l'organisation conjonctive. Ni bacilles, ni cellules géantes, ni amas permettant d'établir qu'il s'agit d'une lésion nodulaire et tuberculeuse. L'aspect de ces coupes ne rappelle en rien celui qu'on observe au niveau de la peau ou des muqueuses envahies par le lupus vulgaire.

Traitement. — Nous prescrivons au malade de ne plus fumer, de renoncer à l'alcool, de ne boire ni trop chaud ni trop froid, de s'abstenir de vinaigre, d'user modérément des épices, de se laver minutieusement la bouche après chaque repas, et de se frotter les dents chaque matin.

Sur le nez et les oreilles, nous lui faisons appliquer, jusqu'à irritation, la pommade suivante :

Soufre.....	}	10 gr.
Savon vert.....		
Vaseline.....		20 gr.

Sur les lésions de la muqueuse buccale, nous lui recommandons de faire, quatre ou cinq fois par jour, un badigeonnage avec :

Liqueur de Folwer	10 gr.
Glycérine.....	20 gr.

26 septembre. — Nous revoyons le malade. L'état est à peu près le même pour les lésions cutanées. Mais sur la joue, l'excoriation du centre de chaque plaque est plus accusée et tranche nettement, par sa coloration jaunâtre, sur le pourtour rouge. Le liseré blanchâtre est toujours aussi nettement marqué.

Traitement. — Cacodylate de soude et préparation à la résorcine.

Quand le lupus érythémateux affecte le pharynx, les apparences sont les mêmes que pour le lupus érythémateux buccal, mais la tuméfaction et l'infiltration des parties atteintes sont plus grandes et les lésions s'accompagnent d'altérations de la voix et de gêne de la déglutition comme le prouve l'observation suivante :

OBSERVATION II

(*Annales de dermat. et syphilig.*, année 1890, p. 514).

Lupus érythémateux du pharynx et du larynx, par Sherwel

M. Sherwel cite un cas de lupus érythémateux, observé chez une jeune fille, qui depuis longtemps souffrait d'aphonie et de mal de gorge. Le diagnostic de lupus érythémateux lui parut suffisamment établi par la tuméfaction avec infiltra-

tion des deux tonsilles et de la partie gauche du pharynx, et par de la tuméfaction et des érosions du larynx et de l'épiglotte. La corde vocale gauche était parésiée et le ligament ventriculaire (ventricular band) du même côté était tuméfié, érodé et comme mangé des vers. Le traitement antisypilitique ne donna aucun résultat. Au bout de quelque temps, les lésions disparurent du côté gauche, non sans laisser quelques légères cicatrices, et envahirent le côté droit.

Quand il envahit le larynx, la région est rouge foncée, tuméfiée, infiltrée, pouvant présenter, ça et là, des érosions très superficielles ; les cordes vocales sont injectées, infiltrées, dépolies, hypertrophiées, couvertes d'un pointillé miliaire ; elles peuvent présenter des troubles de la motilité, consistant en parésies ou paralysies.

Les symptômes fonctionnels ne font pas défaut. Le malade se plaint d'enrouement, d'aphonie intermittente, de dysphagie. L'expectoration est peu abondante, rarement striée de sang. Les troubles respiratoires sont peu prononcés, sauf quand la maladie s'accompagne d'œdème de la glotte. Alors, nous avons les symptômes effrayants qui se trouvent mentionnés dans cette observation :

OBSERVATION III

(*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, année 1878, n° 4, p. 172).

*Lupus érythémateux du nez, de la muqueuse laryngée. —
Edème de la glotte par Beringier*

Un jeune prêtre âgé de 30 ans, est actuellement traité à l'hôpital Saint-Louis (pavillon Gabrielle), service de

M. le Dr Hillairet, où il est entré au mois de novembre 1877, pour se faire soigner d'un lupus érythémateux du nez.

Pendant sa jeunesse M. X... a eu diverses manifestations scrofuleuses. Dès ses premières années, il eut la face et le cuir chevelu couverts de gourmes ; à l'âge de 3 ans, il fut atteint de blépharite glandulo-ciliaire ; presque en même temps apparut de chaque côté du cou un engorgement ganglionnaire considérable, qui disparut lentement. A 6 ans, survint un écoulement purulent par une oreille. A 8 ans, M. X... eut presque coup sur coup deux pneumonies ; la dernière fut très grave et le malade mit longtemps à se rétablir. Depuis lors, il resta toujours faible. Il entra à 18 ans au séminaire et fut ordonné prêtre, il y a 5 ou 6 ans. Déjà à cette époque, le lupus du nez commençait à paraître. Peu de temps après, la voix s'altéra au point d'empêcher M. X... de prêcher. Il y a 3 ans, il eut une aphonie complète qui dura six semaines ; au bout de ces six semaines la voix revint mais resta enrouée.

Au moment de l'entrée, voici quel aspect présentait le lupus. Les deux côtés du nez étaient envahis par une plaque rouge violacée, à surface unie, s'étendant à presque toute la surface du nez, complètement indolente et limitée par un rebord un peu saillant et nettement tracé. Le lobule du nez était recouvert de petites squames blanchâtres, peu épaisses. Sous l'influence de cautérisations au chlorure de zinc, le lupus s'affaissa, un commencement de cicatrisation se fit vers les bords et le mal semblait tendre vers la guérison. Outre les lésions cutanées, on avait remarqué, dès l'entrée du malade, que la voile du palais et la voûte palatine étaient couverts d'un sémis de granulations transparentes, analogues à des graines de semoule et l'on avait dû toucher, à plusieurs reprises, ces surfaces avec de la teinture d'iode. Dans les premiers jours du mois d'avril 1878, sans cause apparente, le malade fut pris tout à coup d'une aphonie presque complète ; elle s'accompagna de frisson, de fièvre, d'inappétence et d'un

peu de gêne de la déglutition. Ces phénomènes ne tardèrent pas à s'accroître si bien qu'au bout de peu de jours, la gêne de la déglutition était devenue extrême; le malade avait peine à avaler du bouillon, et lorsqu'il prenait cet aliment, des quintes de toux le forçaient à rejeter immédiatement le liquide. Bientôt apparut de la gêne de la respiration, sans accès de suffocation, il est vrai, mais, toutefois, assez grande pour empêcher le repos dans la position horizontale. La voix était alors éteinte. L'application successive de vésicatoires à la région sus-hyoïdienne conjura cet orage, la déglutition et la respiration redevinrent libres, l'état fébrile tomba, la voix revint lentement. Dix jours après le début des accidents, le malade ne conservait que de l'enrouement.

Pendant le cours des accidents dont nous venons de parler on avait pu constater, à l'aide du doigt, un gonflement considérable de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Lorsqu'on ne craignit plus d'amener d'accès de suffocation, M. Krishaber examina le larynx et constata les lésions suivantes : boursoufflement considérable d'apparence inflammatoire de la muqueuse des cartilages aryténoïdes. L'inflammation s'étend en s'affaiblissant sur les replis aryténo-épiglottiques. Le repli thyro-aryténoïdien supérieur droit est très boursoufflé, recouvrant en grande partie la corde vocale correspondante dont on ne voit que le bord libre pendant l'effort phonétique. C'est évidemment cet état qui explique la dysphonie, les vibrations de la corde vocale droite étant en partie éteintes par le contact du repli supérieur. La corde vocale inférieure gauche est visible dans toute son étendue, elle est rouge et couverte d'un pointillé miliaire. Au point de réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de celle-ci, correspondant à l'extrémité antérieure de l'apophyse vocale de l'aryténoïde, on constate une saillie formant une espèce d'éperon résultant d'une inflammation hypertrophique plus prononcée en ce point. L'épiglotte et le repli thyro-aryténoïdien supérieur droit participent peu à l'inflammation.

Actuellement le malade ne présente plus du côté du larynx que de l'enrouement, le lupus du nez semble en voie d'amélioration.

En résumé : lupus de la muqueuse laryngée coïncidant avec un lupus du nez et ayant déterminé passagèrement des phénomènes d'œdème glottique, telle nous paraît être l'interprétation qu'on doit donner aux lésions et aux symptômes qui ont été observés chez ce malade.

Sur la muqueuse nasale, l'affection est caractérisée par des croûtes jaunes grisâtres, épaisses, adhérentes, se reformant aussitôt qu'on les a détachées. Au-dessous d'elles, on aperçoit une tâche rouge, un peu déprimée au centre, d'apparence cicatricielle et ne donnant lieu à aucun écoulement sanguin. Les malades éprouvent une sensation désagréable de prurit qui les force à se gratter ; ils accusent de l'enchifrènement et la respiration nasale devient plus difficile.

C'est ici le lieu de rapporter un cas de lupus érythémateux de la narine.

OBSERVATION IV

(LAMAISON. Thèse Paris, 1882-1883. Obs. I, page 69).

Lupus érythémateux de la narine et du nez

Roulet (Baptistin), âgé de 18 ans, maréchal-ferrant, né à Graveson (Bouches-du-Rhône), est entré le 30 juin à l'hôpital Saint-Éloi, salle n° 44.

Sa mère est morte à l'âge de 40 ans. Son père, son frère et ses sœurs jouissent d'une bonne santé. Une de ses sœurs est atteinte de conjonctivite chronique.

Notre malade est grand, assez bien développé ; sa santé a toujours été bonne. Malgré cela, il n'est pas très robuste et il est facilement essoufflé lorsqu'il fait un travail un peu pénible et principalement lorsqu'il monte un escalier.

Son facies offre quelques caractères intéressants : la face est peu colorée, huileuse, habituellement couverte d'éruptions d'acné. Le système pileux, assez développé sur le cuir chevelu, l'est peu à la face et sur le reste du corps.

Les lèvres sont grosses ; le nez long, gros, épaté à son extrémité, est couvert de nombreux comédons ainsi que le reste de la face.

Les yeux sont brillants, la muqueuse conjonctivale est rouge, injectée, la muqueuse gingivale pâle, décolorée. On remarque à droite un engorgement des ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont atteints également.

Pas d'autres manifestations scrofuleuses et pas d'antécédents syphilitiques. Il n'a jamais eu de maladies graves.

Au sujet de la maladie actuelle, voici ce que le malade raconte :

Vers le 20 février de cette année, il s'est aperçu de l'existence à l'intérieur de la narine droite d'une petite croûte qu'il arracha. Il en est résulté un petit écoulement sanguin et une nouvelle croûte s'est reformée sur le même point.

Il l'a arrachée à plusieurs reprises, mais elle s'est reformée chaque fois, en prenant un peu plus d'extension, ainsi qu'il l'a bien constaté.

Environ un mois et demi après, une tâche rouge, saillante s'est montrée sur le dos du nez, presque sur la ligne médiane et s'est recouverte en peu de temps d'une petite squame blanche, sur l'emplacement de laquelle, on voit aujourd'hui une petite dépression cicatricielle qui fait songer immédiate-

ment à un lupus érythémateux. Cette tâche paraît de la grosseur d'une lentille.

Pendant que d'autres tâches semblables, mais un peu plus petites se formaient autour de celle-ci, dans la direction de l'ouverture de la narine et se recouvraient successivement de squames, la croûte primitive formée dans la narine, s'entourait également de tâches, surmontées de croûtes qui marchaient à la rencontre du second foyer de la lésion lupéuse.

Vers la fin du mois de mars dernier, le malade s'adressa à un pharmacien de Tarascon, qui lui ordonna un produit dépuratif, une pommade et des bains locaux avec des feuilles de noyer. Ce traitement fut suivi pendant vingt jours sans aucun résultat.

Un médecin de l'hôpital d'Avignon, consulté ensuite, prescrivit l'huile de foie de morue, à la dose de deux cuillerées par jour et une pommade à l'iodoforme. Le second traitement fut suivi pendant un mois à peu près. Pendant ce temps-là, les progrès de la maladie ne faisaient que s'accroître; le malade entra à l'hôpital d'Arles, où il fut soumis à un traitement à l'iodure de potassium, avec application de pommade soufrée.

La lésion faisant toujours des progrès, quoique lentement, il se décida à venir à l'hôpital Saint-Éloi, où il entra, le 1^{er} juillet, dans le service chirurgical qui venait d'être confié à M. le professeur agrégé Roustan.

La lésion fut, en effet, reconnue pour un lupus érythémateux. Il occupait alors l'intérieur et l'orifice externe de la narine droite, se prolongeait au dehors sur l'aile du nez, du même côté jusqu'au sillon naso-génien, remontait en haut sur le dos de l'organe et tendait à passer aussi sur le côté opposé, en couvrant également son extrémité.

La narine gauche commençait à être envahie.

La lésion était formée par des taches discoïdes, saillantes, de la grosseur d'une lentille environ, recouvertes de squames dont la chute laissait voir au centre une petite dépression blanchâtre. Les squames étaient plus nombreuses et plus

épaisses au pourtour de l'orifice nasal et d'un blanc-jaunâtre ; sur l'aile et le dos du nez, elles étaient d'un blanc brillant.

Ces tâches sont rapprochées et se touchent par leurs bords.

On constate un engorgement des ganglions sous-maxillaires droits, datant de longtemps d'après le malade ; les ganglions parotidiens du même côté se sont également engorgés environ trois mois avant l'apparition du lupus. Aujourd'hui, les ganglions sous-maxillaires gauches sont atteints à leur tour depuis deux mois environ.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, on applique des cataplasmes pour faire tomber les croûtes. Trois ou quatre jours après, M. Roustan pratiqua des scarifications linéaires qui furent continuées tous les trois ou quatre jours.

Les scarifications ne donnant pas de résultat, on commença à pratiquer, le 3 août, l'ignipuncture à l'aide du thermocautère de Paquelin.

4 août. — Deuxième séance d'ignipuncture.

11 août. — Les scarifications sont reprises et pratiquées à l'intérieur de la narine seulement.

14 août. — Nouvelle scarification à l'intérieur de la narine.

17 août. — Ignipuncture et scarifications sur le dos et l'aile du nez.

20 août. — Scarifications complètes en dedans et en dehors.

On a continué ainsi, en alternant l'ignipuncture et les scarifications tous les trois ou quatre jours, jusqu'au commencement de septembre. A partir de ce moment, on éloigna les séances et on renonça aux scarifications, tout en continuant les pointes de feu.

15 octobre. — Ignipuncture sur toute l'étendue de la lésion.

15 novembre. — M. le professeur Dubreuilh, qui avait pris le service, continue l'ignipuncture, qui est appliquée de nouveau le 5 décembre.

Le malade éprouve habituellement autour de la lésion des démangeaisons qui cèdent immédiatement après l'application du thermo-cautère.

Les agents topiques appliqués sur le lupus ont varié.

Au début, on employa une pommade avec vaseline et acide borique, et, plus tard, une pommade au calomel, 4 pour 40. Enfin, en dernier lieu, une pommade à l'iodoforme. En même temps, on donnait au malade une solution au chlorate de potasse ou d'alun pour introduire dans les narines par reniflement.

Le traitement interne se compose de : Iodure de potassium, 1 gr. par jour au début, puis 2 gr. En outre, 4 pilules de Blaud, associées à de la rhubarbe.

Depuis quelque temps, les pilules de Blaud sont supprimées et le malade ne prend plus que l'iodure de potassium.

Aujourd'hui, l'aspect du lupus est meilleur, les squames sont bien moins nombreuses et moins épaisses ; la rougeur des plaques est moindre également. Il y a une amélioration très sensible qui s'était du reste manifestée après chaque séance d'ignipuncture. C'est donc ce dernier moyen qui paraît devoir venir à bout de la lésion, tandis que les scarifications, au contraire, n'ont rien produit chez le malade.

Le lupus érythémateux de la conjonctive est caractérisé par peu de symptômes bien nets ; une forte hyperhémie, un peu de suintement et n'était la concomitance de lésions de voisinage, il serait impossible de le distinguer d'une conjonctivité chronique.

Quant au lupus de la muqueuse péniennne, nous ne connaissons que l'observation de Piffard dont voici la teneur.

OBSERVATION V

(Par Henri PIFFARD. *Archives of dermatology*, avril 1877, p. 208).

Lupus érythémateux du pénis.

A. B..., âgé de 28 ans, vient me consulter le 8 juin 1876, pour une lésion du pénis, à propos de laquelle il raconte l'histoire suivante :

Il y a cinq ans, une petite tache rouge apparut sur le gland auprès du méat. Il y appliqua de la teinture d'iode sans bénéfice, car la tache se mit à grandir, se guérissant au centre, de sorte que les parties envahies formaient un cercle. Trois autres taches, semblables à la première, apparurent successivement et grandirent de la même manière. Des traitements variés furent appliqués sans avantages marqués. Lors de mon examen, je trouvai deux autres cercles, plus grands, situés en partie sur le gland, en partie sur les surfaces voisines du gland. (Le malade avait été circoncis dans l'enfance). Les deux cercles plus grands n'étaient pas tout à fait complets ; en quelques points limités, la lésion n'était pas apparente. Les bords étaient légèrement élevés, rouges et écailleux. Le centre était très peu modifié, sauf que la membrane muqueuse semblait plus pâle qu'à l'ordinaire et très légèrement diminuée d'épaisseur. L'éruption présentait tout à fait le caractère de l'herpès circiné (tricophytie), si bien que l'on pouvait se croire en présence d'un cas de ce genre. N'étant pas bien sûr du diagnostic, j'engageai le malade à appliquer, deux fois chaque jour, une pommade mercurielle et à revenir me voir au bout d'une semaine.

17 juin. — Pas d'amélioration ni de changement apparent. Il était un point qui lui causait surtout de l'ennui,

à cause de sa facilité à se déchirer et à saigner au moindre frottement. Ce point était un peu plus proéminent que le reste : je l'excisai avec des ciseaux courbes et j'engageai à continuer le traitement.

24 juin. — Le point où la petite pièce a été enlevée, se guérit bien, aucune amélioration d'ailleurs. La nature parasitaire de l'affection étant exclue par le résultat négatif du traitement, je conclus que la lésion était un lupus érythémateux, et je me décidai à faire l'excision des parties situées sur le pénis, en arrière du gland, principalement sur la face dorsale, et à appliquer le galvano-cautère sur les bords des cercles situés sur le gland. Le docteur Keyes vit le cas avec moi et opina pour le même diagnostic et le même traitement.

29 juin. — Le malade était éthérisé, ayant comme aides les docteurs Keyes et Stinison, je sectionnai sur le prépuce avec des ciseaux courbes cette portion où existait le cercle le plus grand, et fermai l'incision avec quatre points de suture. Les cercles du gland furent touchés avec un fil de platine porté au rouge-blanc. Un cercle situé partie sur le gland, partie en dehors, fut laissé intact selon la demande du malade.

3 juillet. — La ligne d'incision est complètement cicatrisée, sauf au niveau des points de suture. Une des sutures a cédé pendant une érection ; les autres furent enlevées. Les parties cautérisées paraissent en bon état.

5 juillet. — Tout est cicatrisé. Les parties cautérisées paraissent en si bon état que je décidai de détruire par le feu le cercle, qui existe encore, au lieu de l'exciser.

Le malade étant anesthésié par le D^r Fox (avec le protoxyde d'azote), le fer rouge fut appliqué sur la lésion.

29 août. — Depuis la dernière date, deux ou trois points, qui ont échappé à la destruction par le cautère, lorsqu'il fut appliqué pour la première fois, sont tenus en observation. La guérison se fait partout, et aujourd'hui, il n'existe plus, comme traces de la lésion, que quelques cicatrices à peine perceptibles, seules traces de la maladie d'autrefois,

Le fait que nous venons de rapporter est, sans contredit, un exemple de lupus érythémateux en cercle ou en croissant, affection qui affecte de préférence la face, mais qui peut se rencontrer ailleurs. Je dois dire, toutefois, que c'est la première fois que je rencontre cette affection sur le pénis.

L'excision dans cette opération était très simple à faire, mais la cautérisation demandait de la délicatesse; le but était de détruire le tissu morbide, mais, sans aller plus profondément et au-delà de ce qui était absolument nécessaire, de crainte que les cicatrices, résultant de l'opération, ne nuisissent à la forme et à la symétrie de l'organe.

Examen histologique de la portion excisée. — Le revêtement épithélial était composé de quatre ou six rangées de cellules ovales. Plusieurs d'entre elles possédaient un noyau. En dessous, on trouvait des cellules ovales remplies de granulations. Puis venaient les cellules du réseau de Malpighi polygonales, les plus profondes contenant une grande quantité de pigment. L'épaisseur du réseau variait beaucoup suivant les points, envoyant çà et là des prolongements longs, irréguliers, quelquefois groupés en masse, enfermant entre eux les papilles élargies. Les papilles, au centre de la lésion, étaient complètement infiltrées de petites cellules rondes, masquant les autres tissus. Sur les bords, l'infiltration était moins complète. En certains points, les cellules empiétaient si fort sur le réseau, que son contour était difficilement distingué; en d'autres, il existait un intervalle distinct entre le réseau et les petites cellules. L'infiltration occupait seulement les parties superficielles du chorion, tandis que les plus profondes en étaient exemptes. Dans ces dernières, on trouvait, régulièrement disséminées les fibres élastiques. Les capillaires superficiels étaient invisibles, les plus profonds étaient fort élargis. Les glandes de Tyson n'ont pas été rencontrées dans la section.

Dans la forme généralisée aiguë du lupus érythé-

mateux, quand les muqueuses sont envahies, elles sont douloureuses, paraissent épaissies, légèrement saillantes, présentent une rougeur intense et des taches cicatricielles; s'accompagnent de lésions similaires du côté de la peau, et la maladie fait partie d'un processus symptomatique qui a été très bien décrit par M. Gaucher que nous citons ici : « Cette éruption généralisée est accompagnée d'une fièvre élevée, atteignant 40° pendant toute l'évolution de la maladie. Non seulement cette éruption est fébrile, non seulement elle présente tous les symptômes généraux d'une maladie infectieuse grave, d'un exanthème fébrile infectieux, mais elle est accompagnée de déterminations internes et de déterminations inflammatoires multiples, extra-cutanées. C'est ainsi qu'on observe, chez les malades atteints de cette forme généralisée aiguë de lupus érythémateux, des douleurs articulaires et même des épanchements dans les articulations, quelquefois des douleurs osseuses se manifestant surtout la nuit et prenant le caractère de douleurs ostéocopes. On observe aussi chez eux des congestions pulmonaires plus ou moins intenses ; on observe des œdèmes, de l'albuminurie et même dans quelques cas, une poussée de tuberculose aiguë, qui ne tarde pas à emporter le malade. C'est en effet à l'une de ces dernières manifestations, albuminurie et tuberculose aiguë que les malades succombent avec du délire et des phénomènes ataxiques ou ataxo-adiynamiques plus ou moins prononcés »,

Dans le cas de Koch, la malade est morte de broncho-pneumonie ; en voici l'observation.

OBSERVATION VI

(par Koch. *Société berlinoise de dermatologie*, séance du 14 janvier 1896
in annales de dermatologie et syphiligraphie, 1896, p. 1223).

Lupus érythémateux aigu

M. Koch rapporte l'histoire d'une malade de 18 ans, qui tomba malade au mois de novembre de l'année passée, après qu'elle avait été constipée pendant quinze jours. Outre un sentiment de froideur, elle avait des efflorescences sur le dos des mains et sur la figure. A ce dernier endroit, l'exanthème était rouge foncé, symétrique, douloureux et occupant les pommettes et la face dorsale du nez, en montrant la configuration d'une chauve-souris. M. Koch fit le diagnostic de lupus érythémateux aigu et fit transporter la malade, vu que le diagnostic lui semblait très sérieux, dans un hôpital. L'érythème se propageait bientôt ; de nouvelles efflorescences en partie érythémateuses, en partie squammeuses, viennent se montrer sur le dos des pieds, les mamelles et la paume des mains. A cet endroit, l'exanthème avait une forme annulaire, ressemblant à un érythème polymorphe. Cinq jours passés, la température devint normale et resta à peu près ainsi pendant huit jours. Dans ce temps, deux collègues ayant vu la malade se prononcèrent pour un érythème polymorphe.

Mais le développement ne semblait pas justifier cette diagnose. Une nouvelle exacerbation se montra sur le palais osseux, le pharynx et le larynx accompagné d'ulcérations

superficielles et de fortes transsudations. A la face on vit une plaque énorme simulant un pseudo-érysipèle. Les douleurs augmentèrent et de grosses croûtes, laissant passer des sécrétions séreuses et purulentes, se formèrent sur la figure et les mains.

Peu à peu, une tendance à la destruction du tissu commença à prévaloir, la couche papillaire fut détruite et les ulcérations atteignirent même la musculature; en même temps, une sécrétion séreuse coula du vagin et les glandes se tuméfièrent. L'état général empira de nouveau, la température monta jusqu'à 40° pour se tenir à cette hauteur pendant quinze jours. La malade refusait de la nourriture; à la fin, une broncho-pneumonie se développa et six semaines après que les premiers symptômes s'étaient montrés, la malade mourut avec les symptômes d'une infection aiguë.

L'autopsie ne fit rien trouver de caractéristique.

Principalement on put constater une forte exsudation et transsudation surtout de l'épiderme et une infiltration cellulaire suivant principalement les vaisseaux et les glandes tubulaires. A quelques endroits le chorion était détruit. On peut dire que l'examen est d'accord avec les descriptions que Schutz et Leloir ont données du lupus érythémateux aigu. M. A. soutient donc avec l'aide de la littérature et des différents symptômes cette dernière diagnose.

Quant à l'étiologie M. Koch est d'avis qu'il s'agit peut-être d'une auto-intoxication et que le sang a été inondé de toxines.

M. Joseph croit qu'il s'agit d'un cas extraordinaire d'érythème polymorphe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'absence de follicules sébacés dans les muqueuses démontre surabondamment l'erreur d'Hébra, pour qui le siège anatomique des altérations du lupus érythémateux consistait en phénomènes inflammatoires autour de ces follicules, en dilatations de leurs conduits excréteurs et en altérations de leurs fonctions se manifestant par une accumulation de bouchons sébacés.

On admet aujourd'hui pour la peau comme pour les muqueuses que les lésions primitives consistent en une infiltration diffuse du derme par des cellules embryonnaires se groupant de préférence autour des vaisseaux et autour des glandes, qui comme l'épiderme ne seraient atteintes que secondairement.

Les modifications pathologiques des muqueuses sont analogues à celles de la peau. On sait que sur celle-ci l'infiltration diffuse du derme est localisée dans les régions supérieures et surtout dans le tiers supérieur et varie comme densité et étendue suivant

l'âge du lupus érythémateux. Elle est constituée par une grande quantité de cellules embryonnaires dont l'origine est discutée. Pour les uns ce sont des leucocytes émigrés hors des vaisseaux et transformés ou des cellules fixes multiples. Suivant Unna il s'agirait au début de cellules plasmiques (Plasmazellen) qui perdraient bientôt leurs caractères.

Ces cellules embryonnaires sont groupées surtout, le long des vaisseaux et sont disposées d'une façon diffuse dans les mailles du derme, ne se réunissant nulle part en nodule comme dans le lupus vulgaire. La dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde frappe les cellules individuellement, d'une façon diffuse, au hasard. Il n'y a pas de cellules géantes ; dans les couches supérieures du derme les faisceaux du tissu conjonctif atteints dans leur nutrition sont progressivement détruits ; les fibres élastiques se fragmentent à leur tour.

Un grand nombre de vaisseaux sont le siège d'endocapillarite et d'endovascularite oblitérante, et Holder aurait tendance à croire que cette thrombose des petits vaisseaux est d'une importance primordiale. Beaucoup de vaisseaux sont dilatés et on peut y constater des signes évidents de diapédèse. On y constate aussi des vaisseaux de nouvelle formation. Les glandes peuvent s'oblitérer, devenir globuleuses et s'enkyster. Les nerfs paraissent sains.

Les lésions de l'épiderme sont sèches. On y constate surtout de l'atrophie. Il se produit une dégéné-

rescence granulo-graisseuse ou colloïde des couches inférieures immédiatement en contact avec l'infiltrat. Les prolongements interpapillaires présentent une dégénérescence colloïde de leurs cellules, puis ils s'amincissent, se réduisent progressivement et finissent par disparaître complètement. La couche cornée est amincie. Dans certains cas, l'épiderme est réduit à sa couche cornée. Dans d'autres, au contraire, il y aurait tendance à l'hypertrophie des prolongements épidermiques interpapillaires.

Comme particularités de la localisation des lésions histologiques sur les muqueuses, les résultats des examens faits par M. Leloir dans un cas et par M. Augier dans notre observation (obs. I) ont fourni les constatations suivantes.

L'infiltration est surtout prononcée au niveau de la région papillaire et très accentuée au niveau des vaisseaux.

L'épiderme est très inégal. Ses prolongements interpapillaires sont plus volumineux et plus allongés qu'à l'état normal ; les cellules qui les constituent subissent en grand nombre une tuméfaction et leur noyau devient vacuolaire. Plusieurs sont atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse. Dans les endroits où l'infiltrat respecte la couche papillaire, il y a, au contraire, tendance à la kératinisation, comme l'indique l'apparition d'une couche granuleuse composée de cellules assez fortement chargées d'éléidine.

L'infiltration qui amène la dégénérescence granulo-graisseuse par la disparition consécutive des

éléments qu'elle atteint, subit elle-même, presque simultanément, une dégénérescence analogue. Ainsi se produit un processus de cicatrisation par résorption interstitielle, processus diffus, assez localisé, qui explique l'aspect particulier des cicatrices consécutives au lupus érythémateux des muqueuses.

PATHOGÉNIE — NATURE

Une des questions les plus controversées en dermatologie est certainement celle qui a trait à la nature du lupus érythémateux. Et si nous cherchions à l'éclaircir d'une façon définitive, nous entreprendrions une tâche au-dessus de nos forces. Notre rôle est plus modeste. Nous nous contenterons d'exposer les théories en présence et nous donnerons notre opinion personnelle basée sur les données que nous aura fournies la lecture de nos observations de lupus érythémateux des muqueuses.

La question de la nature du lupus érythémateux fut posée pour la première fois par Kaposi au congrès international de médecine de Londres en 1881.

Depuis lors le champ des hypothèses est ouvert et il s'est rapidement élargi.

On a fait du lupus érythémateux un néoplasme.

Jenkes, s'appuyant sur l'action bien connue du phosphore sur le système nerveux et sur la guérison par celui-ci d'un cas de lupus érythémateux, pense que la lésion est d'origine nerveuse.

Buckley le considère comme une angio-névrose. Baldomero-Sommer le croit dû à des troubles digestifs.

Malcolm-Morris admet que c'est une affection inflammatoire appartenant au groupe des érythèmes et il propose de l'appeler érythème atrophiant.

Pour Morison, ce serait une dermatite qui aurait son origine dans les glandes et qui mériterait, à ce titre, le nom de dermatite glandulaire érythémateuse.

Ces théories n'ont trouvé, dans ces derniers temps, que peu de partisans, et il ne reste aujourd'hui que deux hypothèses sérieuses en présence : l'une qui représente le lupus érythémateux comme une affection inflammatoire d'origine infectieuse spécifique, l'autre qui le considère comme une manifestation tuberculeuse. Les partisans de cette dernière opinion se divisent en deux groupes : les uns considèrent le lupus érythémateux comme une forme atténuée de la tuberculose des téguments, pour les autres il serait dû à l'action des toxines du bacille de Koch transportées, par la circulation, à distance de leur foyer d'origine.

Brocq admet une opinion mixte ; et pour lui, il n'y aurait que le lupus érythémateux fixe qui serait réellement dû à des inoculations de principes tuberculeux.

La première des hypothèses, considérant le lupus érythémateux comme une affection *sui generis* et ne reconnaissant jamais pour cause première l'infection tuberculeuse, a trouvé de nombreux adeptes. Il faut

mentionner Kaposi, tous les disciples de l'école de Vienne, la plupart des dermatologistes étrangers, et parmi les Français, Vidal, Elliot et Leloir.

Voici ce que ce dernier dit dans son *Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau* : « Le critérium anatomo-pathologique, le critérium bactériologique, le critérium expérimental nous forcent à considérer, dans l'état actuel de la science, le *lupus vulgaire* et le *lupus érythémateux* comme deux affections de nature et d'essence différentes ».

A l'appui de leur théorie, ces auteurs invoquent comme raisons : l'absence de nodules et de bacilles tuberculeux dans les foyers érythémateux, l'impossibilité de déterminer par inoculation des lésions la tuberculose expérimentale chez les animaux, l'existence du *lupus érythémateux* chez certains sujets vigoureux, bien portants, sans passé bacillaire et sans lésions tuberculeuses actuelles, la réaction nulle ou très faible des malades à la tuberculine de Koch, l'apparition accidentelle sur les muqueuses de lésions qui, dans ce cas, pour Leloir, devraient se rapporter au *lupus vulgaire érythématoïde*, la découverte de certains micro-organismes inconnus sur les parties envahies, la localisation, sur les régions découvertes du corps, de plaques érythémateuses dont l'origine est souvent en connexion avec une plaie, leur évolution chronique, leur tendance aux récurrences locales, etc.

La doctrine tuberculeuse, proposée la première fois par Hutchinson et généralement adoptée en

France sous la vigoureuse impulsion donnée par M. Besnier, Gaucher, Hallopeau, est soutenue à l'étranger par Boeck, Brooke, Allan-Jamieson.

Elle est basée sur les considérations suivantes : La tuberculose est souvent héréditaire dans les familles de sujets atteints de cette maladie. On trouve souvent des lésions concomitantes d'origine ou de nature tuberculeuse ; les déterminations tuberculeuses extra-tégumentaires (ganglionnaires, pulmonaires ou autres) sont même, d'après Gaucher, plus fréquentes dans le lupus érythémateux que dans le lupus vulgaire.

Les malades atteints de cette affection seraient souvent, à un âge peu avancé, emportés par la tuberculose pulmonaire et c'est ce qui pourrait expliquer la rareté du lupus érythémateux chez les vieillards. Il n'est pas rare de voir le lupus érythémateux coïncider avec le lupus vulgaire. Le premier peut se transformer en ce dernier, comme le prouve l'observation de Jackson. Lelong admet même que les deux dermatoses ne sont qu'une même affection à des degrés différents, le lupus vulgaire étant le plus avancé. Le lupus érythémateux réagirait, non constamment, mais parfois de la manière la plus évidente, sous l'influence de la tuberculine ; témoins les dix cas mentionnés par Thibierge, où malgré de petites doses de lymphé de Koch, il a constaté une réaction générale plus ou moins prononcée.

Les cellules épithéliales et les cellules géantes, qui

sont absentes, ne sont pas absolument indispensables pour établir la nature tuberculeuse d'une lésion anatomique ; les cirrhoses viscérales en sont un exemple frappant. Radcliffe-Crocker n'a-t-il pas dit : « La série des lésions cutanées ou autres, qui ont le bacille tuberculeux pour origine directe ou indirecte, est autrement étendue que celle qui est tracée par l'école histologique ».

Dans certains cas, du reste, des bacilles tuberculeux ont été trouvés dans les plaques érythémateuses (Audry) et même dans les parties contiguës, ne présentant aucune altération macroscopique. Si on n'en a pas observés plus souvent, c'est que, d'après Hallopeau, en végétant dans le derme, ils subissent une atténuation qui atteint un degré très accusé. Quant aux résultats négatifs de l'inoculabilité de fragments de lupus érythémateux aux animaux, ce n'est pas un argument contraire, irrévocable, décisif, car il ne faut pas considérer comme un axiome que tout produit tuberculeux est inoculable. Arloing a démontré que les produits, dont la virulence est atténuée, sont difficilement inoculables aux animaux. Et on peut supposer, par analogie, que le lupus érythémateux est une forme de tuberculose si atténuée qu'elle est devenue incapable de se transmettre par inoculation.

Nous sommes disposé à admettre la nature tuberculeuse du lupus érythémateux et l'invasion des muqueuses par cette maladie est certainement une des raisons principales qui entraînent notre opinion.

Cette localisation, niée par les adversaires de cette doctrine, existe réellement comme en témoignent nos vingt-cinq observations et elle est plus fréquente qu'on le suppose généralement. Elle ne doit nullement se rapporter au lupus vulgaire érythématoïde des muqueuses comme semble l'admettre Leloir. Il y a dans ce fait une grande analogie avec ce qui existe pour le lupus vulgaire. Dans les deux maladies, la prédominance des lésions sur les mêmes muqueuses, leur absence ou leur apparition rare sur certaines autres, telles que les muqueuses des organes génitaux externes, viennent encore accentuer les relations qui existent entre elles.

Notre conviction est encore fortifiée par le résultat de l'examen de nos observations. Sur treize cas où l'état général est noté, voici ce que nous avons trouvé : une fois une tuberculose pulmonaire avérée, trois fois une tuberculose douteuse ; chez trois malades nous avons constaté des signes évidents de scrofule ; chez les ascendants ou collatéraux de deux autres se trouve signalée la bacillose ; enfin, dans les quatre cas qui restent, il a été impossible de découvrir aucune trace de tuberculose personnelle ou héréditaire.

Mais on sait que la tuberculose peut rester à l'état latent et ne donner lieu à aucune manifestation appréciable. Il est d'observation vulgaire que certains sujets, grâce au développement du pannicule adipeux, sont loin d'offrir l'aspect pâle et souffreteux d'un grand nombre de scrofuleux, et

cependant un examen sévère fera souvent découvrir sous ces dehors trompeurs quelques indices qui mettront sur la voie de la diathèse du sujet. Il est même des cas où une lésion grave de tuberculose peut coexister avec une santé générale en apparence florissante, aussi longtemps que les lésions restent superficielles et peu étendues et que les sujets se maintiennent dans de bonnes conditions de nutrition. Ne constatons-nous pas tous les jours, combien est parfois délicat le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, au début surtout dans les formes chroniques fibreuses, à longue évolution. Ne savons-nous pas enfin qu'il n'est pas exceptionnel de trouver à l'autopsie de sujets morts de maladie aiguë des ganglions caséeux, des lésions tuberculeuses dont l'existence avait été complètement méconnue pendant la vie.

Nous sommes d'avis que dans la plupart des cas, surtout dans les formes généralisées aiguës, le lupus érythémateux est dû, non au microbe tuberculeux, mais à l'action des toxines en circulation dans l'économie. MM. Gautier et Bouchard ont démontré que les microbes pathogènes agissent sur les tissus, non directement, mais bien par les produits solubles qu'ils engendrent. Or, il est facile de concevoir que ces produits solubles, bien que retenus dans une certaine mesure par leurs bacilles générateurs, ne limitent pas leur action aux parties avoisinant ces bacilles, mais qu'ils sont transportés par la circulation en des points plus ou moins éloignés de

l'organisme où ils déterminent des lésions. On peut invoquer une origine semblable pour le lupus érythémateux et Brooke rapporte un cas de cette affection qui avait d'abord évolué lentement et qui, ensuite, prit une rapide extension quand se manifestèrent les signes d'une tuberculose intestinale jusque là latente. A son tour, Brocq cite un malade, atteint depuis longtemps de lupus érythémateux de la joue et des mains. Quand il prend de l'iodoforme, il voit disparaître, au bout d'un certain temps, les éruptions des mains, éruptions qui tendent, au contraire, à reparaître, quand il cesse l'usage de ce médicament. Il semble que chez lui il s'élabore des toxines qui empoisonnent son organisme et provoquent les éruptions des extrémités. Quand il se sert d'iodoforme il semble, au contraire, que ce médicament combatte l'intoxication générale de l'organisme par ces produits solubles.

Ces toxines ont une influence sur les vaso-moteurs et l'on sait que, dans le lupus érythémateux, la congestion est un des caractères essentiels. D'ailleurs, nous dit Calmels : « Si nous admettons ces toxituberculides, nous comprenons pourquoi elles sont si capricieuses, aberrantes, superficielles, symétriques et diffuses, sujettes à de nombreuses variations, ce qui ne pourrait s'expliquer par la théorie de la lésion parasitaire. »

DIAGNOSTIC

Le polymorphisme de l'eczéma, de la syphilis est bien connu des cliniciens. Le lupus érythémateux des muqueuses ne le cède en rien à ces deux maladies sous ce rapport. Nombreuses en effet sont les affections qu'il simule. Et son diagnostic différentiel est très difficile, parfois même impossible, surtout quand il est primitif et qu'il reste localisé à ces membranès. Les principaux éléments sur lesquels on peut se baser pour le différencier sont : la coloration rouge grisâtre des plaques, leur léger relief, la démarcation nette de leurs bords par un liseré blanc opalin, la dépression cicatricielle de leur centre, l'infiltration dermique, l'absence de nodules tuberculeux ; on tiendra le plus grand compte aussi de la présence de placards de lupus érythémateux typique sur la surface cutanée. C'est à l'étude des principales affections des muqueuses avec lesquelles il peut être

confondu, à leur analogie et à leur dissemblance que nous consacrerons ce chapitre.

Lupus vulgaire des muqueuses. — Il présente quelquefois le même aspect. Il apparaît sous forme de petites proéminences dures du volume d'un grain de millet, rouges bleuâtres, recouvertes d'un épithélium grisâtre ou ulcérées. Peu à peu elles se réunissent et forment des placards de formes variables, à contours plus ou moins circulaires ou serpigineux, irréguliers, dont les bords sont plus ou moins nettement limités et dont la surface de couleur blanc-grisâtre sale est constituée par des dépôts rugueux et à granulations fines. Il présente souvent des érosions ou exco-riations douloureuses dont le fond mou et fongueux est jaune-rougeâtre, revêtu par une sorte d'enduit diphtéroïde ou pultacé. Il peut évoluer avec un processus ulcéreux et cicatriciel à marche très lente. Mais le lupus vulgaire des muqueuses débute souvent dans l'enfance, tandis que le lupus érythémateux des muqueuses est une maladie de l'âge adulte, il apparaît rarement avant la puberté. Le premier au début est souvent plus indolent que le second où l'on observe quelquefois un peu de prurit. Il présente une infiltration dermique plus accusée. Les bords sont plus difficilement limitables et on n'y remarque pas le liseré blanchâtre opalin, si caractéristique du lupus érythémateux des muqueuses. Ce dernier s'accompagne rarement d'ulcérations; quand elles existent elles sont superficielles, à fond dur et

ne donnant lieu à aucun écoulement sanguin. Les cicatrices du lupus érythémateux des muqueuses sont unies; elles sont bridées, irrégulières, vicieuses dans le lupus vulgaire. Dans celui-ci il existe des nodules lupiques à consistance gélatiniforme. Ils sont absents dans le lupus érythémateux. Les lésions présentent une consistance différente. Dans le lupus vulgaire elles se laissent facilement dilacerer par les aiguilles à scarifications; elles résistent à la façon du tissu fibreux dans le lupus érythémateux. Ce dernier n'attaque jamais comme le lupus vulgaire les surfaces profondes. Son extension est moins lente et plus régulière. Enfin l'un est inoculable, l'autre ne l'est généralement pas.

Lupus vulgaire érythématoïde des muqueuses.

— Pour Leloir le lupus érythémateux des muqueuses devrait être rattaché à cette forme de lupus vulgaire. Il est certain que le diagnostic en est très difficile. Seules la tendance à la cicatrisation que présente la périphérie des plaques (ce qui ne s'observe jamais dans le lupus érythémateux des muqueuses), la présence de petits nodules lupiques gros comme des grains de millet ou des têtes d'épingles, tantôt d'un rose blafard, demi-transparents, tantôt d'une coloration grisâtre perlée, rappelant les granulations tuberculeuses miliaires, tantôt d'une coloration plus rouge et rappelant de minuscules bourgeons charnus, aplatis et à peine naissants, la présence de cellules géantes et de bacilles de Koch en petit

nombre, enfin l'inoculabilité des lésions, peuvent les différencier l'un de l'autre.

Ulcérations tuberculeuses des muqueuses. —

Leur fond inégal, granuleux, recouvert de mucus et de pus et saignant facilement ; leurs bords irréguliers, taillés à pic, la douleur très vive, la salivation abondante qu'elles occasionnent ; la présence, tout autour de points jaunes représentant des nodules tuberculeux en voie d'évolution, la coexistence fréquente de phtisie pulmonaire, les distingueront des très rares ulcérations du lupus érythémateux des muqueuses. En dehors de l'aspect des lésions, bien d'autres symptômes militeront en faveur de celui-ci ; la coexistence de lésions semblables sur les points avoisinants, la longue durée de l'affection, sa marche progressive, l'état général beaucoup moins grave, l'absence de points jaunes et de l'inflammation environnante et l'indolence souvent complète au toucher.

Syphilis des muqueuses. — Cette grande simulatrice peut être facilement confondue avec le lupus érythémateux des muqueuses et cela à toutes ses périodes.

L'accident primitif, quand il existe sur les muqueuses, peut présenter, comme les lésions de lupus érythémateux, un certain degré d'induration, des bords arrondis, légèrement saillants et bien limités, tranchant sur la couleur de la muqueuse

voisine. Le moulage n° 1862 du musée Saint-Louis, représentant un chancre syphilitique de la langue, en est un exemple frappant. Dans l'observation de Cros (obs. XI), la plaque de lupus érythémateux, siégeant au niveau de la pointe de la langue, simulait, à première vue, un chancre syphilitique. La courte durée du chancre, l'adénopathie caractéristique, l'apparition des accidents secondaires, viendront lever tous les doutes.

Quant aux syphilides des muqueuses, appelées vulgairement plaques muqueuses, tous les dermatologistes, qui ont vu sur ces membranes le lupus érythémateux, sont unanimes à déclarer que la difficulté est très grande, parfois même insoluble, pour les distinguer l'un de l'autre, lors du premier examen. Les plaques muqueuses présentent une coloration opaline plus uniforme et n'ont pas le liseré blanchâtre périphérique du lupus érythémateux; elles donnent lieu à du suintement, sont molles, tomenteuses, très instables; elles disparaissent sous l'influence de simples cautérisations et du traitement mercuriel. Rien de tout cela n'existe dans le lupus érythémateux des muqueuses. Les commémoratifs, l'existence d'un chancre antérieur, l'apparition simultanée de syphilides cutanées, la constatation de lésions lupiques en d'autres parties du corps, la présence d'un fin lacis de capillaires autour des plaques, seront encore de nature à nous guider.

Les syphilides tertiaires des muqueuses peuvent présenter un bord saillant avec centre déprimé,

cicatriciel, mais en général l'infiltration est plus nodulaire, elle s'accompagne d'ulcérations profondes, taillées à pic, à fond jaunâtre bourbillonneux et à bord plus durs. Leur évolution est plus rapide. Néanmoins les nuances sont parfois difficiles à saisir et M. le professeur Fournier lui-même, dont on connaît la haute compétence en cette matière, a signalé un cas de syphilide tertiaire de la lèvre qu'il avait prise pour un *lupus érythémateux*. Dans ces cas il faut s'en rapporter à l'action du traitement spécifique, véritable pierre de touche de la syphilis.

Épithélioma des muqueuses. — Il peut, mais plus rarement, prêter à confusion. Il forme une saillie unique, à surface papillomateuse plutôt que mamelonnée, souvent bourgeonnante et saignant facilement. Il est très douloureux et sensible aux moindres irritations. Il siège sur une base plus profondément indurée. Ses limites sont plus diffuses. Il s'accompagne d'adénopathie et d'un état cachectique. Il apparaît chez les personnes âgées.

Lèpre des muqueuses. — A la première période, quand elle est constituée seulement par des taches, elle peut être facilement confondue avec les plaques du *lupus érythémateux* des muqueuses. Ces taches plus ou moins irrégulièrement arrondies, à bords nettement délimités et saillants, présentent une infiltration générale, profonde et diffuse, et parfois, un épaississement superficiel de l'épithélium sous forme

dé trainées blanchâtres ; mais, dans la lèpre, ces lésions sont insensibles, tandis que la sensibilité n'est pas modifiée au niveau du lupus érythémateux. Les tâches de la lèpre sont plus disséminées que les manifestations lupiques. En interrogeant le malade, on apprendra, en outre qu'il a voyagé dans les pays où règne cette maladie d'une façon endémique.

Lésions mécaniques des muqueuses. — Les excoriations, les lésions provenant d'irritations quelconques, ne retiendront pas longtemps notre attention. La disparition de la cause irritante, avulsion de dents, etc., fera vite dépister la nature de ces altérations.

Lichen plan des muqueuses. — Il a beaucoup de traits de ressemblance avec le lupus érythémateux des muqueuses. C'est ce qui résulte des moulages n^{os} 1546 et 1497 que nous avons vus au musée Saint-Louis, et qui représentent des cas de lichen plan des muqueuses que M. Feulard a publiés dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*. Ce sont : le même aspect, la même saillie des lésions, les mêmes plaques blanches opalines, la même infiltration dermique, la même marche chronique, quelquefois la même dépression cicatricielle de leur centre, la même apparition dans l'âge adulte, quelquefois la même disparition spontanée ; il s'en distingue, néanmoins, par plusieurs caractères. Il apparaît chez des sujets jouissant

d'une bonne santé antérieure ou de souche arthritique. Il débute dans la saison printanière. Dans la bouche, les plaques ont surtout une direction antéro-postérieure et siègent, surtout, au niveau de l'interligne dentaire. Leur consistance est plus ferme, et, si l'on passe la main sur ces plaques, on a la sensation d'une surface rugueuse, granuleuse. Enfin il s'accompagne fréquemment de lichen plan typique de la surface cutanée.

Tout autour, il est souvent permis de constater des papules isolées, sous forme de petits points blanchâtres. Quand les plaques de lichen disparaissent, elles laissent souvent, à leur place, une cicatrice pigmentaire. Enfin, elles sont indolentes.

Leucoplasie des muqueuses. — Cette affection, qui atteint les muqueuses buccales et qu'on nomme improprement psoriasis buccal (car le psoriasis vrai n'attaque jamais les muqueuses) est caractérisée par des pellicules blanchâtres à contours tantôt unis et tantôt irrégulièrement dentelés. Les pellicules, qui paraissent liées à une altération spéciale de l'épithélium et des papilles sous-jacentes, forment des bandelettes étroites et longitudinales. Très adhérentes, elles font à peine saillie à la surface de la muqueuse; elles sont sèches et rugueuses au toucher; elles sont très rebelles au traitement. Leur similitude avec le lupus érythémateux des muqueuses peut être très grande comme nous l'avons vu sur le moulage 1573. Le diagnostic se basera surtout sur la

consistance plus dure, plus rugueuse de ces lésions, sur leur disposition sous forme de bandelettes étroites et longitudinales, sur l'absence de cicatrices centrales et de plaques concomitantes de lupus érythémateux des téguments externes, sur les antécédents du sujet, sur son âge, enfin sur les conditions d'irritation auxquelles a pu être soumise la muqueuse buccale.

Eczéma des muqueuses. — Quand les muqueuses sont atteintes par cette affection, elles sont plus rouges, plus tuméfiées, plus douloureuses, s'accompagnent plus souvent d'exulcérations, de fièvre ; elles ne présentent pas l'infiltration, la consistance presque fibreuse des muqueuses atteintes de lupus érythémateux. Enfin, tout autour à la limite des lésions, on peut trouver de petites vésicules aberrantes très importantes pour le diagnostic.

Érythème polymorphe des muqueuses. — Il se présente sous forme de plaques rouges, à la surface desquelles se produit un soulèvement épithélial d'aspect grisâtre qui se rompt et donne lieu à de petites exulcérations douloureuses se cicatrisant très rapidement. Jamais il ne donne lieu à l'atrophie de la muqueuse. Sa durée éphémère suffirait à elle seule pour le distinguer du lupus érythémateux.

Hydroa des muqueuses. — Il présente des exulcérations plus diffuses, plus nombreuses, plus

douloureuses. Cependant il se montre quelquefois sous l'aspect de surfaces arrondies, recouvertes d'un enduit diphtéroïde grisâtre, opalin, lui donnant absolument l'apparence de plaques lupiques. Le doute ne peut subsister longtemps, car c'est une affection très transitoire. De plus, elle est souvent précédée, comme l'érythème polymorphe des muqueuses, de prodromes plus ou moins marqués : fièvre modérée, état saburral des voies digestives, malaise général et accompagnée de lésions typiques de la peau.

Herpès des muqueuses. — Il en est de même pour cette affection des muqueuses qui se manifeste d'abord sous forme de vésicules, qui ensuite, après rupture, donne lieu d'emblée à une ulcération superficielle, couverte d'un exsudat pseudo-membraneux. Ces ulcérations se détergent, se cicatrisent et guérissent rapidement. D'ailleurs, l'herpès des muqueuses coexiste souvent avec l'herpès cutané.

Pemphigus des muqueuses. -- Il suffit de le signaler en passant. Dans les formes graves et généralisées, il pourrait être confondu avec le lupus érythémateux généralisé aigu des muqueuses. Il donne lieu, en effet, à un appareil symptomatique très semblable : phénomènes généraux graves, amaigrissement, affaiblissement graduel, diarrhée, vomissements incessants, cachexie. Toutefois l'aspect des lésions cutanées est différent dans les deux

cas : érythrodermie généralisée dans le lupus, bulles plus ou moins disséminées dans le pemphigus.

Erythèmes scarlatiniformes des muqueuses. — Ils sont plus rouges, plus étalés. Le doigt ne perçoit pas l'infiltration des tissus profonds. L'évolution de la maladie est rapide.

Eruptions médicamenteuses des muqueuses (balsamiques, antipyrine, belladone, iodures, bromures). — Elles s'accompagnent presque toujours d'œdème sous-muqueux et donnent lieu à des troubles de déglutition et de mastication. Elles se différencient du reste aisément par leur tendance rapide à rétro-céder dès que l'influence nocive est mise hors de cause.

Stomatite ulcéro-membraneuse. — Elle présente une fétidité spéciale, elle est accompagnée de salivation et d'engorgement ganglionnaire ; caractères qui la distinguent de suite des lésions du lupus érythémateux des muqueuses.

Le diagnostic différentiel sera, comme on le voit, très souvent difficile, et ce n'est que par une analyse attentivement conduite et judicieusement raisonnée des symptômes, par l'observation suivie du malade, que l'on pourra arriver à distinguer le lupus érythémateux des muqueuses des diverses affections qui peuvent le simuler.

PRONOSTIC

Le lupus érythémateux des muqueuses est généralement plus grave que celui de la peau. « Quelques variétés de cette forme, nous dit Kaposi en parlant du lupus érythémateux agminé, sont particulièrement graves, non seulement par leur malignité relative locale, mais en ce qu'elles coexistent à une période de leur évolution avec des manifestations sur la muqueuse buccale, face interne des joues, voûte palatine et même larynx ». Cros est aussi de cet avis : « On a remarqué, écrit-il dans sa thèse, que les plaques lupiques des muqueuses étaient suivies d'accidents graves et de généralisation ».

Si nous cherchons la raison de cette gravité plus grande, nous la trouvons d'abord dans ce fait que les sujets, atteints de lésions de lupus érythémateux sur les muqueuses, meurent très souvent de pneumonie. Quel rapport y a-t-il entre le lupus et la pneu-

monie ? Nous ne savons, mais la fréquence de cette terminaison ressort nettement de la statistique. Dans nos observations, nous avons rencontré trois fois ce dénouement fatal. Fox l'a signalé, et Kaposi, sans parler de la terminaison de cette affection des muqueuses, mentionne quatre morts par pneumonie sur huit cas de lupus érythémateux disséminé. Or, dans ces huit cas, sont compris les trois cas de lupus érythémateux des muqueuses qu'il a vus.

Le pronostic plus sévère tient aussi à la marche très lente, désespérante, capricieuse de ces lésions, au peu d'efficacité du traitement, au siège de l'éruption. En effet quand il se localise à la bouche, il peut occasionner une gêne de la mastication, au pharynx des douleurs à la déglutition, à la muqueuse nasale de l'enchifrènement, au larynx de l'aphonie et des symptômes d'œdème de la glotte, comme nous l'avons trouvé relaté dans l'observation III.

En dehors de ces considérations particulières, le lupus érythémateux des muqueuses participe au pronostic général du lupus érythémateux de la peau. On sait que celui-ci apparaît souvent chez des sujets débilités, anémiques, scrofuleux, ayant une tare tuberculeuse, qu'il coïncide fréquemment avec des troubles de la menstruation : dysménorrhée, aménorrhée et qu'il indique presque constamment un état général peu satisfaisant. Sa marche est essentiellement capricieuse. Les plaques peuvent apparaître rapidement, rétrocéder de même et récidiver

facilement. Les lésions peuvent guérir spontanément au bout de quelques années après des alternatives d'amélioration, de temps d'arrêt et d'aggravation.

Elles peuvent disparaître, par résolution, sans laisser de traces, mais laissent le plus souvent des cicatrices indélébiles. L'évolution du *lupus érythémateux* peut avoir une durée remarquablement longue et se prolonger dix, quinze et même vingt ans. Il peut s'accompagner d'affections tuberculeuses extra-pulmonaires et il est, plus souvent que le *lupus* de Willan, suivi d'accidents bacillaires. Il peut donner lieu à des engorgements ganglionnaires, et ces adénopathies sont, parfois, tellement prononcées à la région cervicale, qu'elles lui donnent l'aspect du cou de taureau (obs. XI). Il peut se transformer en *lupus vulgaire*. On l'a vu aboutir au cancer.

Le pronostic est beaucoup plus sérieux quand il s'agit de la forme généralisée aiguë. Ici, la mortalité est grande. Il s'accompagne, alors, de symptômes généraux très graves. On voit apparaître alors des arthropathies douloureuses avec épanchement, de la tuméfaction œdémateuse et péri-articulaire, des céphalées nocturnes, des douleurs osseuses, profondes, térébrantes, ayant surtout leur siège dans le tibia, dans les os de l'avant-bras, du carpe. Il se complique souvent de manifestations cérébrales, pulmonaires, cardiaques, rénales avec néphrite albumineuse. Cette albuminurie présente des caractères spéciaux : elle reste longtemps latente avec ou sans anasarque,

le malade n'en est pas incommodé. Elle suit les mêmes variations que l'affection : elle peut disparaître si les lésions des téguments disparaissent avec elle.

En somme, le pronostic du lupus érythémateux des muqueuses doit être réservé.

TRAITEMENT

Le lupus érythémateux des muqueuses est une affection très rebelle, qui défie souvent tous les efforts de la thérapeutique. Cela tient à sa nature, à son siège, aux caractères des lésions histologiques. On sait que le lupus érythémateux n'échappe pas à cette règle, qui veut que la curabilité d'une maladie est en raison inverse du nombre des moyens qui ont été préconisés contre elle. La localisation des plaques lupiques sur les muqueuses vient encore diminuer les chances de leur guérison. Nombreux, en effet, sont les remèdes qui ont été vantés pour sa cure. Nous ne les mentionnerons pas tous. Nous nous contenterons d'en signaler quelques-uns qui paraissent pouvoir s'appliquer au lupus érythémateux des muqueuses, de critiquer la valeur de certains et d'indiquer ceux qui nous paraîtront les plus avantageux.

Les conditions étiologiques de l'apparition du lupus érythémateux des muqueuses nous feront conseiller aux sujets atteints de cette affection ; un

air pur, un climat tempéré, le séjour dans les montagnes pendant l'été, une habitation exempte d'humidité, où l'air soit fréquemment renouvelé, une bonne alimentation, un régime substantiel.

On leur recommandera de veiller à la régularité de la menstruation, de surveiller leurs fonctions digestives, de s'abstenir d'aliments épicés, d'alcool et de tabac, de combattre la constipation, d'entretenir la liberté du ventre, de favoriser les digestions, de prévenir, en un mot, les congestions céphaliques.

Aux anémiques, on prescrira des toniques, des amers, du quinquina, du fer, l'hydrothérapie ; aux strumeux, de l'huile de foie de morue, du sirop iodotannique, du sirop d'iodure de fer, du sirop antiscorbutique, des bains salés, etc.

Les eaux de Salies, Salins, Kreuznach, Uriage, de la Bourboule, conviendront à ces malades.

Quant à la médication interne proprement dite du *lupus érythémateux* des muqueuses, elle est, à notre avis, efficace et très utile, sinon curative. Elle varie suivant l'opinion qu'on se fait de la nature de cette maladie.

Baldomero-Sommer, la croyant due à des troubles digestifs, emploie le *naphtol* à la dose de 0,50 gr. deux fois par jour.

Buckley, la considérant comme une angio-névrose, emploie le phosphore qu'il administre de la façon suivante :

Phosphore.....	1 partie
Alcool absolu.....	300 parties

Faire dissoudre à chaud et additionner au mélange suivant préalablement chauffé :

Glycérine	760 parties
Alcool	120 »
Essence de menthe poivrée	40 »

XV gouttes trois fois par jour après les repas, augmenter de I à II gouttes par jour jusqu'à dose double; chaque goutte contient 0,00325 de phosphore.

Les relations très probables du lupus érythémateux avec l'infection tuberculeuse nous conduisent à prescrire un traitement général reconstituant : l'huile de foie de morue créosotée, le phosphate de chaux, l'arsenic, le cacodylate de soude.

Hardy préconise le chlorure de sodium à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

Mac Call-Anderson emploie l'iodure d'amidon. Il ne juge pas ce moyen infaillible, mais il le considère comme un appoint important à la thérapeutique. Sa dose est de 3 à 4 cuillerées à café par jour dans un véhicule aqueux.

Besnier vante l'iodoforme à l'intérieur à dose quotidienne de 0,50 à 1 gr. 50 chez les adultes, en pilules de 5 à 10 centigrammes, mais ce médicament présente des inconvénients du côté de la bouche où son élimination produit de la salivation et un goût désagréable.

Brocq se sert d'arseniate de soude à la dose de 5 à 10 milligrammes par jour, ou d'un mélange d'une partie d'huile phosphorée à 1 ‰, et de neuf

parties d'huile de foie de morue qu'il donne à la dose de une à quatre cuillerées par jour.

Hébra s'est bien trouvé de la liqueur ferro-vineuse arsenicale.

Radcliffe Crocker recommande la salicine à la dose de 2 gr. 70 par jour.

Reichel a obtenu par la quinine la guérison de quatre cas de lupus érythémateux dans l'espace de quinze jours à trois mois.

Dans le cas de rougeur intense des plaques érythémateuses, on a conseillé des décongestionnants, tels que l'ergotine, la belladone, la quinine, la digitale, l'icthyol, l'hamamelis virginica.

A la médication interne se rattachent les injections hypodermiques de liquides variés.

Kaposi a vu guérir un cas de lupus érythémateux après deux injections avec 0,05 et 0,03 centigrammes d'une solution à 15 % de thiosinamine, mais il fait remarquer qu'elle ne doit pas être employée dans les processus inflammatoires et qu'elle est contre-indiquée quand il y a coexistence d'affections oculaires.

Legrain a assisté à la disparition de taches érythémateuses à la suite de deux injections, à cinq jours d'intervalle, de 10 centimètres cubes de sérum d'agneau.

Tommasoli injecte de même du sérum de chien. Byron Bramwell préconise l'injection de suc et d'extrait thyroïdien.

Nous ne parlerons que pour mémoire des tentatives d'injections sous-cutanées de tuberculine de

Koch. Les réactions inflammatoires locales, si violentes produites par cette méthode, laissent parfois des améliorations, comme nous pouvons le constater dans un cas de Séchi, mais elles sont généralement abandonnées en raison des dangers auxquels elles exposent les malades.

Pour le traitement local, l'indication consiste à éteindre un foyer infectieux en se servant de l'action irritante, astringente ou caustique de certains agents. Ceux qui ont été recommandés pour le lupus érythémateux sont très nombreux : chaque dermatologiste vante le sien. Nous ne retiendrons que ceux qui sont susceptibles d'être employés sur les surfaces muqueuses.

M. Fournier se sert de glycérine iodée à 5 pour 15. Anderson a recours à la formule suivante :

Iodure de potassium.....	}	a a 15 gr.
Iode.....		
Glycérine.....		3 gr. 50

Certains ont conseillé l'acétate de soude au 1/20.

Hallopeau s'est plusieurs fois bien trouvé des badigeonnages renouvelés matin et soir avec une solution à parties égales de résorcine et d'eau.

Brooke emploie également la résorcine.

Schutz se loue de la formule suivante :

Liqueur de Fowler.....	4 grammes.
Eau distillée.....	20 à 30 gr.
Chloroforme	II gouttes,

On agite la solution et matin et soir on badigeonne les parties lupiques. L'arsenic possède les avantages suivants : Il épargne le tissu sain ; les solutions faibles produisent un effet relativement actif. Il guérit sans cicatrices.

Hebra vante les applications externes d'alcool absolu. Ce procédé consiste à toucher aussi souvent que possible les parties malades avec de la ouate imbibée d'alcool. Plus les applications sont fréquentes, plus les résultats seraient favorables. Il semblerait pour lui que les bons effets de ce traitement sont dus au froid produit par l'évaporation de l'alcool et par la soustraction d'eau aux tissus. Pour accroître l'action anti-inflammatoire de l'alcool, il ajoute des parties égales d'éther sulfurique et d'esprit de menthe poivrée.

Parmi les caustiques, il faut employer sur les muqueuses ceux qui ont une action très rapide pour empêcher leur diffusion et ceux qui n'agissent pas trop en profondeur.

Les solutions de nitrate d'argent produisent sur les surfaces malades un coagulum blanchâtre, dû à la précipitation de l'albumine, qui bientôt empêchera l'action de ce topique, et l'escharre est trop superficielle. Il laisse, du reste, des cicatrices trop irrégulières.

Le chlorure de zinc, en solution à 1/10, 1/12 et même à 1/20, est trop caustique. Il provoque des douleurs très vives et détruit les tissus qu'il pénètre trop profondément.

Le nitrate-acide de mercure est très dangereux. Il doit être manié avec prudence. Il faut à tout prix, en touchant les parties atteintes, éviter la formation d'une goutte, qui diffuserait et produirait une cautérisation trop étendue.

Les acides acétique, chlorhydrique, chromique qui n'exercent qu'une action caustique superficielle peuvent être rationnellement employés contre le lupus érythémateux des muqueuses.

L'acide phénique cautérise aussi superficiellement ce qui est une condition favorable pour le traitement de cette maladie, mais les douleurs brûlantes qu'il produit et qui s'exaspèrent encore deux à trois heures après son application, et la mauvaise odeur qu'il dégage, le font rejeter pour les surfaces muqueuses.

L'acide trichloracétique est préférable. Il permet d'obtenir une cautérisation exactement limitée au point d'application, rapide, assez superficielle et peu douloureuse.

Le thermo-cautère et surtout le galvano-cautère paraissent donner des résultats favorables dans le traitement du lupus érythémateux des muqueuses. Piffard (obs. V), dans les lésions du gland, s'en est servi avec succès. Dans le cas de Lamaison (observation IV) il y eut de l'amélioration après chaque séance d'ignipuncture. Kaposi loue également les avantages du galvano-cautère. Voici ce qu'il dit : « Sur la portion rouge exposée des lèvres, on peut pratiquer avec succès les scarifications sanglantes, mais le plus habituellement nous obtenons plus vite

et plus simplement le résultat à l'aide de cautérisations linéaires ou ponctuées faites avec les aiguilles fines de l'électro-cautère. La réparation s'y fait à merveille. Mais dans les cavités narinaire, nasale, oculo-palpébrale, bucco-pharyngée et sur toutes les surfaces muqueuses, en général, l'acide lactique et mieux la cautérisation galvanique telle que nous la pratiquons, constituent une médication infiniment supérieure à la méthode sanglante que nous excluons pour ces surfaces ».

Il est un autre avantage de la galvano-cautérisation. La plupart des caustiques employés demandent, pour agir suffisamment, une application prolongée qu'il est difficile d'obtenir sur les muqueuses. Ceux qui agissent pour ainsi dire instantanément, diffusent facilement et la cautérisation dépasse de beaucoup les surfaces malades. Avec le galvano-cautère, on n'a pas à redouter ce double écueil, car le chirurgien cautérise toutes les parties malades aussi profondément qu'il le veut et ne touche pas aux parties voisines saines.

Comme nous le voyons, Kaposi rejette les scarifications pour les muqueuses. Vidal y a également renoncé : elles furent sans résultat chez le malade de l'observation IV.

Le râclage est rarement employé pour le lupus érythémateux.

Quant aux méthodes récentes du traitement du lupus érythémateux de la peau par les courants à haute fréquence et par la méthode de Finsen, en

raison du siège des lésions du lupus érythémateux des muqueuses, ils ne nous paraissent pas, à l'exception peut-être de la muqueuse labiale, pouvoir être appliqués sur les autres muqueuses.

Pour cette affection des muqueuses l'agent que nous préconisons, après le galvano-cautère, est l'acide lactique employé seul ou précédé de scarifications. Les badigeonnages doivent être répétés plusieurs semaines de suite, et il convient de ne pas les appliquer dans une même séance sur des surfaces trop étendues. Il possède bien l'inconvénient d'être assez douloureux, surtout quand son application est combinée avec les scarifications ; la douleur se prolonge plusieurs heures, et si elle est trop intense, on y remédie en additionnant l'acide d'un quart, d'un tiers ou même de moitié de glycérine. Mais cet agent jouit de la propriété de ne détruire que les tissus morbides en laissant intacts les tissus sains. L'escharre qu'il provoque est superficielle, se détache rapidement et sur les surfaces touchées, la rougeur s'éteint peu à peu. Enfin, les cicatrices qu'il forme sont lisses et souples.

Il peut très bien arriver que chez certains sujets il ne produise aucun résultat satisfaisant. Tel agent a réussi chez les uns qui n'a aucun succès appréciable chez les autres. On ne peut, dans le traitement du lupus érythémateux, préconiser une méthode à l'exclusion de toute autre. Il faut tenir grand compte des susceptibilités de chaque malade. Il ne faut pas s'obstiner à employer une médication qui semble

n'avoir que peu d'effets utiles. Il faut se conformer aux principes généraux qu'à émis M. Brocq : Tâter la susceptibilité individuelle, varier la médication, songer toujours aux cicatrices consécutives aux topiques employés et s'arrêter quand il faudrait commettre plus de dégâts que n'en comporte la régression spontanée.

Dans les formes généralisées aiguës du lupus érythémateux des muqueuses, on se servira surtout de liquides émollients et calmants, tels que les infusions de camomille, de feuilles de mauve, mais la thérapeutique sera surtout dirigée contre l'état général : quinine, stimulants, toniques. Et si les éruptions des muqueuses ne sont dues qu'aux poisons élaborés par le bacille de Koch, silencieux dans un endroit quelconque de l'organisme, et non pas une véritable lésion bacillaire, l'action antitoxique du sérum normal pourrait trouver ici son utilité en venant diluer les toxines et en favorisant leur élimination.

Tels sont, dans ses grands traits exposés, les différents modes de traitement du lupus érythémateux des muqueuses. Il ne faut pas s'attendre à une guérison assurée. Nous ne connaissons actuellement contre cette maladie aucun spécifique capable de la combattre toujours efficacement. « Peut-être, comme le dit Hallopeau, dans un avenir prochain, les inoculations vaccinales de liquides tuberculeux constitueront-elles des procédés inoffensifs et efficaces pour combattre cette affection si rebelle à nos moyens thérapeutiques ».

OBSERVATION VII

Par M. DU CASTEL (*Ann. de dermatol. et syphiligraphie*, 1899, p. 660).

*Lupus érythémateux généralisé
avec maxima au niveau de la face, des mains et des pieds.*

État du malade en décembre 1900, par le Docteur Capelle.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter offre sur la face le type du lupus érythémateux décrit sous le nom de verspertilio, lésion composée d'une rougeur érythémateuse diffuse, recouverte de squames adhérentes; ces lésions occupent symétriquement le nez dans sa presque totalité, les deux joues, les oreilles; là, rien de particulier; le point intéressant de cette observation consiste dans les lésions qui existent sur d'autres parties du corps où il n'est point habituel d'observer le lupus érythémateux. Une grande partie des doigts de la main, la paume de celle-ci, une partie de sa face dorsale sont aussi le siège d'érythème et de desquamation. Sur le dos des mains et la paume, il existe un certain nombre de petits points isolés malades. Au moment de l'entrée du malade, ils avaient l'aspect de vésicules flasques. Sous l'influence de l'axonge fraîche, l'épiderme est tombé, laissant à découvert des tâches rouges dues à une infiltration du derme et bordées par une mince collerette épidermique.

La plante des pieds est aussi envahie par la lésion érythémato-squameuse.

Sur le tronc et le cou, vous pouvez voir quelques placards morbides.

Sur la voûte palatine, il existe une large nappe cicatricielle, bordée en quelques points par un cercle érythémateux.

L'affection a débuté, il y a dix mois, à la partie inférieure de la joue gauche par une petite plaque indolente. Elle a envahi, par production de plaques morbides similaires, successivement le nez, l'autre joue, les oreilles, les extrémités, le tronc.

L'état général du malade est bon, excellent. Comme antécédents une diphtérie, une prédisposition aux engelures ; rien autre chose. Signalons cependant l'existence de quelques ganglions volumineux et indolents au cou, peut-être une respiration un peu moins nette à l'un des sommets des poumons.

Nous sommes en présence de localisations insolites ; il est permis de dire que les lésions ne sont pas non plus absolument typiques. Sur les mains, il y a une tendance vésiculeuse qui n'est pas habituelle au lupus érythémateux et diffère absolument de l'érythème avec enduit plâtreux caractéristique du lupus érythémateux type.

Sur la face, les squames appartiennent plutôt aux variétés grasses qu'à l'enduit plâtreux spécial au lupus de Cazenave.

Il ne semble pas y avoir jusqu'à ce jour tendance à la production de tissu cicatriciel. Il n'y a pas production de vésicules comme au niveau de la main.

Les lésions palatines sont un phénomène absolument insolite. On peut se demander si la production de tissu cicatriciel n'est pas le résultat de cautérisations ignées.

Le malade a été soumis aux frictions mercurielles au début de son affection. Ce traitement n'a produit aucune amélioration, aucun arrêt du mal. Il est du reste impossible de trouver aucun antécédent, aucune lésion syphilitique.

Actuellement, le malade est soumis aux injections de calomel (5 centigrammes tous les huit jours). Il y a amélioration manifeste au niveau des branches montantes des maxillaires, cessation de la desquamation, diminution de l'infiltration du derme. Mais, avec nos connaissances actuelles sur l'action bienfaisante de ces injections dans les affections

autres que la syphilis, je ne crois pas qu'il y ait lieu de conclure de cette amélioration à la nature syphilitique du mal.

Actuellement, je crois qu'il faut dire : affection de lupus érythémateux sur la face ; localisations insolites en dehors de la face ; aspect vésiculeux tout particulier sur le dos de la main.

J'ai l'intention de poursuivre, par les biopsies et les cultures, l'étude des lésions que je viens de vous présenter. J'ai cru qu'il ne fallait pas attendre les résultats de celles-ci avant de vous faire voir le malade : je craignais que les lésions ne se modifiassent trop pendant ces études.

Ceux qui voudront connaître d'une façon plus détaillée l'histoire du malade pourront lire l'observation minutieusement recueillie par mon externe, M. Druelle :

Paul B..., brossier, 22 ans. Salle Cazenave, 71.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Mère morte après avoir présenté de fortes hématoméses.

Père vivant et encore bien portant.

Un frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Diphtérie dans l'enfance.

Teigne à 8 ans.

Toujours sujet à des engelures qui ont toujours facilement guéri et sans laisser de traces.

Une blennorrhagie il y a quatre ans.

Aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire.

Pas d'antécédents de tuberculose ; mais depuis deux ou trois ans, adénopathie cervicale double.

Depuis neuf ans, le malade est brossier ; dans l'exercice de son métier, il manie fréquemment du chlore et du soufre, ainsi que ses compagnons, mais jamais aucun de ceux-ci n'a présenté sur les mains des lésions analogues à celles que nous étudions plus loin.

Historique de la maladie : début de l'affection actuelle il y a dix mois (septembre 1898).

A cette époque, dit le malade, est survenu sans aucune

réaction locale ou générale, au milieu de la joue gauche, un petit bouton qu'il a écorché, puis qui s'est aplati, a pris des dimensions progressivement croissantes pour atteindre bientôt la dimension d'une pièce de deux francs. Aucun prurit, aucune sensation douloureuse.

Il n'y avait, dit le malade, aucune squame à la surface de cet élément qui était alors rosé plutôt que réellement rouge.

Quelque temps après, est survenu un petit élément de même nature au niveau de la partie supérieure de la face dorsale du nez, élément qui s'est accru lentement.

Le malade a alors été consulter à l'hôpital Saint-Louis M. le Dr Tenneson qui l'a soigné par des applications de pointes de feu sur la joue et le nez. On y a joint l'occlusion au moyen d'emplâtres rouges et l'absorption de solutions arsenicales. On a pratiqué 4 ou 5 séances de cautérisations ignées.

A la même époque, le malade ayant éprouvé de la dysphagie quand il avalait des aliments solides, se plaignit de ces troubles; il dit que l'on constata alors sur le palais des éléments que l'on cautérisa également.

Deux mois plus tard (novembre 1898), le malade partit au régiment. A cette date, dit-il, il n'y avait encore que deux taches érythémateuses : l'une, celle de la joue gauche, grande comme une pièce de cinq francs, l'autre, celle du nez, étroite, limitée, étendue depuis la racine du nez jusqu'au milieu de la face dorsale.

A cette époque, et peut-être sous l'influence de la fatigue, les lésions toujours limitées à ces deux points du visage ont commencé à s'étendre plus rapidement.

En même temps sont apparues simultanément sur la joue droite plusieurs taches érythémateuses (le malade dit qu'il avait alors la figure comme marbrée), qui se sont réunies ensuite à cause de leur extension.

Les lésions se sont étendues jusqu'aux oreilles qu'elles n'ont pas tardé à envahir dans leur totalité.

Au régiment, le malade n'a été soumis qu'à un traitement anodin (vaseline boriquée).

Il y a quatre mois (mars 1899), il est entré au Val-de-Grâce, où son éruption a été considérée comme syphilitique et où il a été soigné au moyen de frictions mercurielles.

Puis, il passa à l'hôpital militaire de Versailles où le même traitement fut continué. On lui badigeonna le côté droit du visage à l'acide picrique, ce qui, du reste, ne changea en rien la lésion.

C'est à peu près à cette époque que les placards du nez se sont fusionnés avec ceux des joues ; c'est à ce moment également que se sont développées sur les mains et les pieds les lésions analogues, en partie du moins, à celles du visage.

Le malade a alors été réformé et est entré de suite à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Du Castel.

État actuel. — Topographie des lésions cutanées.

Visage. — Il est envahi par un énorme placard érythémateux qui recouvre la presque totalité du nez, des joues et des oreilles, et revêt l'aspect classique du vespertilio. L'état des placards les montre simplement érythémateux. En aucun point de leur surface, on ne trouve de traces d'autres éléments : vésicules, papules, pustules, etc.

Par places, comme sur la partie médiane de la joue droite, ils revêtent une teinte simplement rosée ; en d'autres points, ils sont franchement rouges, en d'autres violacés.

Ils présentent un état squameux ; squames petites et blanches qui n'arrivent pas à coalescence et ne forment nulle part de placards plâtreux ; les squames se détachent sous forme d'un petit lambeau épidermique sec, elles n'adhèrent pas très intimement aux parties profondes (le malade dit qu'elles tombent au moindre attouchement). Les placards ne sont nullement suintants et ils ont toujours été secs, sauf en ce qui concerne l'oreille gauche qui a suinté l'hiver dernier.

Cette éruption n'est nullement prurigineuse ; à peine y a-t-il quelques petits picotements de temps à autre.

Pas de sensations douloureuses, même à un contact assez fort.

Peu d'épaississement de la peau au niveau de ces placards, sauf en quelques points signalés plus loin.

Nez. — Toute la face dorsale est prise; légère accumulation des squames dans la partie supérieure où les lésions ont l'air plus profondes, plus infiltrées; on s'en rend compte par la palpation. C'est là le point nasal primitif autrefois cautérisé.

Actuellement, les lésions arrivées au lobule s'y étalent, mais ne s'y terminent pas par un bord bien net. Il est, néanmoins, presque libre, surtout à la face inférieure, où la peau a presque sa couleur normale avec seulement deux ou trois petits points légèrement érythémateux et isolés les uns des autres.

Les ailes du nez sont prises également, mais tandis que cet envahissement est complet à droite, la partie extrême de l'aile gauche est respectée.

Les faces latérales sont prises aussi et donnent naissance chacune à un prolongement latéral qui va rejoindre les placards des joues.

Ces prolongements envahissent l'angle interne de l'orbite au niveau duquel leur teinte est plus foncée, violacée et l'état squameux plus marqué.

Joue droite. — Entièrement recouverte par un vaste placard à limites bien nettes, la séparant franchement des parties voisines encore saines; ce caractère est surtout marqué à la partie supérieure où cette limite se trouve constituée par une ligne très légèrement saillante et un peu plus foncée de couleur que le reste de l'éruption.

La lésion partant de la pommette suit un trajet légèrement oblique en bas et en avant, laissant libre presque toute la paupière inférieure, à un centimètre du bord libre de laquelle il chemine.

Ce bord rejoint ensuite et se confond avec les expansions latérales venues du nez,

La limite antérieure (continuation de celle des placards latéraux) descend presque verticalement jusqu'au niveau du corps du maxillaire inférieur, séparée de l'aile du nez par un intervalle de peau saine, laissant libre la lèvre supérieure, empiétant un peu sur la partie latérale du menton.

A son extrémité antéro-inférieure, le placard tend à pousser un prolongement contournant une petite partie du bord inférieur du maxillaire.

La limite du placard suit ce bord du maxillaire jusqu'à sa branche montante et la dépasse pour gagner, par un trajet obliquement ascendant, la région mastoïdienne, d'où le placard s'étend sur l'oreille.

L'oreille est guérie dans sa presque totalité. Le pavillon, sur toutes ses faces, est rouge et squameux et son bord libre est, par places, comme fissuré ; le lobule est un peu augmenté de volume. Mais de ci de là, il y a quelques points non envahis par le processus.

Le sillon rétro-auriculaire est pris dans sa partie supérieure, mais sa partie inférieure ne l'est pas et, du reste, le lobule est contourné par une bande de peau saine qui s'étend jusqu'au tragus.

En aucun point de la joue droite (comme sur la joue gauche), il n'y a de cicatrice, sauf au niveau des points autrefois cautérisés.¹

Joue gauche. — D'une façon générale, les lésions sont symétriques et identiques à celles que nous venons de décrire à droite, mais :

a) Elles se rapprochent un peu plus du bord libre de la paupière inférieure, surtout en son milieu.

b) En bas, elles ne tardent pas à contourner la partie inférieure du maxillaire.

c) L'oreille est plus prise, plus squameuse et de teinte plus foncée que la droite. Alors que celle-ci présente quelques points sains, celle-là est prise dans sa totalité. Il y a accumulation de lésions dans le sillon rétro-auriculaire dont la

partie inférieure n'est pas, comme à droite, respectée par le processus.

d) La zone rétro-auriculaire est envahie sur une plus grande étendue qu'à droite, elle est très squameuse.

e) Enfin, sur la partie médiane du placard, on remarque un point tranchant, par sa coloration plus foncée; sur les zones érythémateuses qui l'entourent, d'aspect un peu cicatriciel et correspondant au point primitivement atteint et cautérisé.

Cuir chevelu. — Indemne de toute lésion, pas de zone érythémateuse, pas de point alopecique.

Deux petites taches érythémateuses superposées au niveau de la tempe gauche.

Sur la partie antérieure de la tempe droite, petit placard formé par la réunion de deux taches.

Au-dessus du sourcil droit, trois petites taches; le sourcil est envahi par une zone érythémateuse, qui se prolonge en une tache occupant toute la partie externe de la paupière droite.

Le sourcil gauche ne présente que quelques petites taches disséminées; il y en a sur la partie externe de la paupière supérieure de ce même côté.

Sur le menton, petite tache à droite.

Le bord libre des paupières inférieures est rouge, mais il ne paraît pas y avoir tendance à l'ectropion.

Cou. — Au niveau de la région hyoïdienne, il existe quelques taches et placards plus nombreux à gauche, mais plus larges et descendant plus bas à droite.

Bouche. — Elle est envahie par le processus morbide dans la plupart de ses parties constituantes.

Lèvres. — Leur partie muqueuse est violacée par places, rouge blanchâtre (desquamée) par d'autres. Elle présente des sillons verticaux plus profonds.

Ces lésions tendent à envahir leur partie cutanée, mais plus à la lèvre supérieure qu'à l'inférieure.

Du côté buccal des lèvres, les lésions ne forment pas une nappe diffuse, mais il y a un assez grand nombre de petits

points disséminés rougeâtres et légèrement exulcéreux.

Joues. — Sur leur face interne, existent des placards blanchâtres et d'aspect leucoplasique en certains endroits, rouges et violacés en d'autres, érodés de ci de là.

Le malade, à leur sujet, est très affirmatif et dit avoir présenté ces lésions avant d'avoir été soumis à aucun traitement mercuriel.

Palais. — Sur la voûte palatine, lésion identique composant un placard d'un rouge violacé, papuleux par places, ulcéré en d'autres, et passant sur la ligne médiane; vers le voile du palais, un prolongement formé d'éléments plus rouges.

Gencives. — Léger degré de gingivite (le malade est soumis à des piqures de calomel).

Langue. — Rien à noter.

Les lésions n'entraînent plus actuellement aucun trouble fonctionnel.

Mains. — On peut, semble-t-il, y distinguer deux ordres de lésions :

I. — Des placards érythémateux, larges et diffus, qui recouvrent toute la face palmaire des doigts, les éminences thénar et le bord externe de chaque main. Ils se prolongent sur la partie supérieure de la paume de la main, mais non pas sous la forme d'une nappe diffuse; entre les points envahis, il reste des intervalles de peau saine. Ces placards tendent à contourner les faces latérales des doigts et à gagner leur face dorsale qu'ils envahissent en partie (plus à droite qu'à gauche), surtout au niveau des deux dernières phalanges.

Les ongles sont aussi entourés d'une zone érythémateuse, infiltrée et squameuse, mais ils ne sont nullement modifiés en couleur, ni en épaisseur, ni en friabilité.

II. — On trouve sur les mains d'autres éléments isolés, se réunissant rarement entre eux, et qui sont apparus après les placards ci-dessus décrits.

Ces éléments sont circulaires, aplatis, représentant une suite de plateaux surélevés de façon égale, sauf au centre, en

tous ses points, par rapport à la peau qui les entoure. Ces tâches sont squameuses.

Mais c'est là le stade le plus avancé de leur évolution, ils semblent ne pas dépasser un demi-centimètre de diamètre. On peut en trouver d'autres, à un degré moins avancé. C'est ainsi qu'on peut les voir débiter sous la forme de vesicopustules, homogènes et identiques sur tous les points. Puis, ces papules grandissent, et à leur surface libre, se délimite une squame peu épaisse, ayant toutes leurs dimensions et qui se dessèche, en laissant à la périphérie une petite collerette épidermique. Quand cette squame est tombée, le centre de l'élément apparaît comme déprimé.

Aucun de ces éléments, au dire du malade, n'est encore spontanément disparu. En effet, on ne trouve aucune macule pigmentaire, aucune cicatrice, reliquat d'une rétrocession. Les éléments sont surtout nombreux et bien développés sur la face dorsale de la main droite et de ses doigts, dont certains ont évolué sur les rangées diffuses déjà décrites.

Dans la paume des mains existent les mêmes éléments, mais moins nombreux, plus petits, moins surélevés, plus déprimés au centre. Ils ne dépassent pas les poignets et l'on ne trouve rien sur les bras.

Pieds. — Leur face plantaire, y compris celle des orteils, est le siège d'une infiltration érythémateuse diffuse qui envahit aussi le talon et ne respecte que la partie moyenne de la zone externe de cette face plantaire. Rien sur la face dorsale : Aucun élément papulo-squameux analogue à ceux décrits sur les mains.

Il n'y a rien sur le reste des membres inférieurs.

Tronc. — On n'y relève que les lésions suivantes :

1° Au niveau de la poignée du sternum, quelques petits placards érythémato-squameux, et une petite tache, un peu au-dessus de l'extrémité interne de chacune des clavicules ;

2° Un cercle rouge au niveau de la partie moyenne du corps du sternum ;

3° Deux taches superposées au niveau de l'appendice xiphoïde.

4° Dans le dos, il y a au niveau de la partie moyenne de l'espace interscapulaire, au-dessous de la proéminente, un placard érythémateux et squameux, entouré d'un cercle presque complet d'éléments plus petits, isolés.

5° Un élément papulo-squameux au niveau de la partie moyenne de l'espace delto-pectoral gauche.

6° Un autre au-dessus de l'oreille gauche.

7° Un autre au niveau de la partie moyenne de l'épine dorsale.

État général. — L'état général est bon. Amaigrissement, mais peu marqué depuis le début de l'affection.

Fonctions gastro-intestinales. — Rien à signaler.

Urines. — Ne renferment ni sucre, ni albumine.

Il existe à gauche une adénopathie cervicale composée d'une longue chaîne de ganglions petits, indolents, et roulant sous le doigt.

Quelques ganglions moins nombreux à droite.

Pas de transpiration nocturne; pas de toux; pas d'expectoration; jamais d'hémoptysie.

Il semble exister au sommet droit une légère submatité; la toux y retentit légèrement; la respiration y est obscure et légèrement rude.

Le traitement consiste actuellement en injections de calomel.

En décembre 1900, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer à l'hôpital Saint-Louis le malade qui fait l'objet de cette observation et qui est actuellement infirmier de la salle Cloquet. Voici ce que nous avons remarqué, portant plus spécialement notre attention sur les lésions des muqueuses.

Lésions cutanées. — Le nez, les joues, le tronc sont, à peu de choses près, dans le même état. Ni guérison, ni aggravation apparente. A signaler : la disparition complète, sans cicatrices appréciables, des plaques de lupus érythémateux des mains et des pieds.

Lésions des muqueuses. — Les lésions qui, au dire du malade, ont débuté à la partie médiane de la voûte palatine un mois après celles de la peau et qui ont envahi les muqueuses par îlots successifs, atteignent les muqueuses labiales, buccales, palatine et amygdalienne gauche. La langue est intacte.

Lèvre. — La lèvre supérieure qui est la moins lésée est légèrement tuméfiée. Elle présente de légers sillons verticaux. Sa coloration est d'un rouge foncé diffus. Au niveau de la canine gauche on trouve un placard arrondi, d'un centimètre et demi de diamètre, à bords délimités par un liseré blanchâtre, opalin et dont la légère dépression centrale gris-rougeâtre se continue avec la périphérie par des sillons radiés de même coloration. Le palper n'est pas douloureux et donne la sensation d'une légère induration avec rebord très net.

La lèvre inférieure est plus atteinte, et les lésions s'étendent en arrière, sans discontinuité, jusque sur la muqueuse des joues. La teinte est violacée par places ; ça et là, on y remarque des surfaces blanchâtres, opalines, exulcérées, à bords nettement tranchés et donnant au toucher la sensation de surfaces cicatricielles. On y voit aussi de petites taches rouges, arrondies, légèrement saillantes, de la dimension d'une tête d'épingle, où il est néanmoins possible de découvrir la dépression centrale caractéristique. A la partie inférieure de la lèvre, à la limite des lésions, on constate la présence de petites saillies transparentes, mamelonnées, représentant probablement les glandes de la muqueuse dilatées. Enfin, sur toute la muqueuse, on remarque un lacis de capillaires injectés.

Joues. — Sur la face interne de la joue gauche, existe un placard qui commence à la commissure labiale, contourne la

branche montante du maxillaire et se perd en arrière sur les piliers postérieurs du voile du palais. Son diamètre vertical, dans sa plus grande hauteur est de cinq centimètres ; il correspond à la partie médiane de la joue. La surface de la muqueuse y est inégale, rugueuse, présentant des dépressions, çà et là des exulcérations. La couleur est tantôt blanchâtre, opalescente, tantôt rougeâtre, ou jaunâtre dans les points exulcérés. On y trouve plusieurs petites taches contigues à contour nettement arrondi, de la grandeur d'une lentille dont le centre est rougeâtre et dont les bords sont marqués, d'une façon évidente, par le liséré opalescent déjà mentionné.

Les contours du placard sont tantôt très nets, tantôt se continuent avec les parties saines sans limite bien précise.

La pression n'est pas douloureuse et le doigt y révèle des saillies et des dépressions ayant une consistance presque cartilagineuse. Une plaque de verre appuyée sur les parties malades ne permet d'y découvrir aucune granulation et met encore mieux en évidence les limites précises des parties lésées et l'aspect cicatriciel de leur centre.

Sur la joue droite, on constate sensiblement les mêmes lésions que sur la joue gauche. Seulement, le placard s'arrête en arrière à la branche montante du maxillaire. On y constate, de plus, à la partie antérieure, une ulcération losangique à grand diamètre antéro-postérieur de cinq centimètres et de deux centimètres de haut. Les bords sont à pic et le centre est rougeâtre bourgeonnant et légèrement surélevé. Elle correspond exactement quand les mâchoires sont rapprochées à l'interligne dentaire.

Palais. — La voûte palatine est lésée sur la plus grande partie de sa surface. La limite des lésions correspondrait à une ligne qui serait oblique de droite à gauche et d'avant en arrière et qui partirait de la dernière molaire droite et se continuerait en bas sur le voile du palais. La muqueuse est inégale, bosselée, d'aspect cicatriciel. On y remarque égale-

ment de petites ulcérations à fond jaunâtre et des ilots opalins et rougeâtres. Il existe, surtout à la partie postérieure, de petites saillies papuleuses de la grosseur d'un grain de millet donnant au doigt une sensation rapeuse.

La muqueuse, qui recouvre l'amygdale gauche, est également atteinte et les lésions ont le même caractère que celles qui ont été décrites ci-dessus.

La luette présente dans ses deux tiers inférieurs une rougeur très manifeste.

La muqueuse nasale est recouverte de croûtes jaunes grisâtres, épaisses, adhérentes, ne donnant lieu à aucun écoulement.

Les conjonctives sont congestionnées.

Symptômes fonctionnels. — Le malade n'accuse aucune gêne des lésions de ses muqueuses. Il ne ressent plus les douleurs qu'il éprouvait au début et qui ont duré dix mois, quand il mangeait des aliments trop chauds ou des farineux. Il n'y a aucune fétidité de l'haleine, ni de la bouche. La salive n'est pas irritante. Les plaques érythémateuses ne suintent pas. Odeur nulle.

État général : Il est bon. L'adénopathie cervicale droite et gauche existe toujours. Aux poumons pas de changement.

OBSERVATION VIII

Par M. VIDAL. (*Annales de dermat. et syphil.* Anno 1889, p. 785.)

*Lupus érythémateux du cuir chevelu
et de la muqueuse buccale.* — Moulage 1396 du Musée St-Louis.

M. Vidal présente une malade atteinte de lupus érythémateux du cuir chevelu et de la muqueuse des deux joues.

Jeanne X..., 59 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort de maladie inconnue, à un âge avancé ; sa mère est morte à 75 ans.

Antécédents collatéraux. — La malade a eu cinq frères, tous morts entre trente et quarante ans. Elle ne peut préciser la cause de leur mort, sauf pour un qui est mort d'une maladie de poitrine douteuse, les autres ne paraissent pas avoir eu de tuberculose.

Antécédents personnels. — La malade n'a eu elle-même aucun antécédent scrofuleux de la première enfance : ni gomme, ni otorrhée, ni conjonctivite, ni ganglions ; elle jouissait d'une très bonne santé jusqu'au début de sa maladie actuelle.

Il y a deux ans, elle a eu une attaque, et est demeurée hémiplegique du côté gauche. La maladie actuelle a débuté vers la même époque et par le cuir chevelu. Elle a progressé lentement, et au dire de la malade, c'est à peu près vers le même temps qu'auraient commencé les lésions des parois buccales. Actuellement on constate de chaque côté de la paroi interne des joues, une plaque de lupus érythémateux.

Sur la muqueuse de la joue gauche, la lésion commence à un centimètre de la commissure labiale et s'étend par une pointe jusqu'au niveau de la dernière grosse molaire du maxillaire inférieur. Au centre, on voit un fond rougeâtre déprimé, cerclé d'une bordure blanchâtre formant des festons et des arborisations. Le bord blanc forme un léger relief, apparent à la vue et facile à constater au toucher.

Sur la muqueuse de la joue droite, la lésion commence à un centimètre de la commissure labiale et s'étend jusqu'au niveau de la troisième molaire inférieure. Elle a le même aspect que celle du côté gauche. Là, où elle est le plus large, on trouve au centre un fond rouge, un peu déprimé, cerclé de blanc ; cette infiltration blanchâtre forme aussi un léger relief.

Ces lésions ne sont pas très douloureuses ; cependant la malade se plaint de picotements spontanés et dit éprouver un peu de douleur au contact des aliments et en particulier quand elle mâche le pain.

Sur le côté gauche de la langue, on voit une surface lisse dé-papillée, ayant environ un centimètre de long, sur cinq à six millimètres de large. La malade ne peut donner aucun renseignement à cet égard.

Sur le sommet de la tête, on voit une large plaque de lupus érythémateux à bords irréguliers, ayant 12 centimètres de longueur sur 7 de largeur.

Je compte traiter les lésions du cuir chevelu par les applications de savon noir et non par les scarifications qui, je rappelle le point en passant, doivent être, dans le lupus érythémateux, très profondes et très serrées, en raison du siège profond de la lésion. En général, le meilleur traitement du lupus érythémateux est le traitement mixte : application de savon noir tant qu'elles réussissent, puis scarifications et retour aux applications de savon noir.

M. E. Besnier. — Pour le lupus des muqueuses, j'ai renoncé aux scarifications, plus absolument encore que pour la peau, et j'emploie le tatouage galvano-caustique.

OBSERVATION IX.

(*Annales de dermat. et syphilig.* 1896, p. 586, par MENEAU)

*Lupus érythémateux du cuir chevelu, observation IV. —
Lupus érythémateux de la face, du cuir chevelu et de la bouche.*

Charles L..., négociant en eaux-de-vie, 47 ans. Rien de particulier dans les antécédents personnels ou héréditaires, notamment pas de tuberculose. A contracté une affection hépatique au Chili qu'il a longtemps habité, La maladie cutanée a débuté il y a cinq ans par la joue droite, s'est

étendue aux deux joues, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

M. Besnier consulté aurait conseillé il y a deux ans une pommade au pyrogallol à 1/10 qui, après avoir amené une assez vive inflammation, aurait procuré une quasi-guérison. Cette pommade n'a donné aucun résultat dans la rechute actuelle, qui date de quelques mois.

État actuel: M. L. . . , est un homme robuste, de bonne santé générale, teint brun. Toutes les fonctions se font bien. La plaque principale occupe le bas de la joue droite. C'est une plaque allongée de 6 centimètres sur 3, parallèle au bord du maxillaire inférieur dont elle est voisine. Elle est rouge foncée, violacée, très peu saillante, assez profondément infiltrée; elle est bien limitée, mais sans bordure. On trouve quelques parties cicatricielles au centre, et quelques unes sur les bords. Le centre de la plaque n'est pas déprimé par rapport à ceux-ci. La surface est couverte d'un épiderme mince, squameux, desquamant peu abondamment en fines lamelles nacrées. On n'y rencontre pas les bouchons épidermiques, ni les squâmes dures, adhérentes, caractéristiques du lupus érythémateux. Cette plaque est du reste encore enflammée par suite du traitement antérieur. La partie supérieure de la joue de ce côté a été atteinte autrefois; on n'y aperçoit presque plus de traces. Il faut un examen plus attentif pour constater que la peau y est un peu plus lisse que normalement.

Sur la plaque de la partie inférieure de la face, les poils manquent complètement.

Sur la joue gauche, les lésions, qui ont été assez étendues, ont guéri par la pommade pyrogallique; on trouve encore, sur une surface de 5 à 6 centimètres de diamètre, que la peau est plus lisse que normalement, évidemment cicatricielle, bien que la cicatrice, très superficielle, soit difficile à apercevoir, d'autant plus que les poils sont conservés, à peine moins nombreux que dans les parties intactes.

Sur le cuir chevelu, à l'union du frontal et du pariétal droits, se trouve une plaque ronde de 17 millimètres de diamètre, totalement glabre, bien limitée, déprimée, d'un rouge terne, sans que l'on puisse découvrir à l'œil nu de réseau vasculaire, avec très légère desquamation lamelleuse. Pas de cônes épidermiques à la surface ou sur les bords : pas d'infiltration des bords, pas de bordure d'aucune espèce ; cette plaque est apparue il y a trois ans et depuis deux ans, elle est tout à fait stationnaire, pas de prurit.

La lèvre inférieure présente sur son bord libre quelques marbrures violacées sur lesquelles se détache un fin réseau blanc. Aspect typique du lupus érythémateux des lèvres.

Dans la bouche. On trouve de chaque côté une plaque blanchâtre située en arrière de la dernière molaire inférieure et siégeant sur la muqueuse génienne, sur l'apophyse coronoïde et sur la gencive du côté externe. Le malade ignorait complètement l'existence de ces plaques. Les deux plaques sont à peu près semblables, la gauche est un peu plus grande. Elle a environ 2 centimètres de large, mais sa forme est très irrégulière, lobée. Ces lobes ont de 5 à 7 millimètres de diamètre ; il n'y a pas de rougeur au pourtour. Il en existe un peu seulement au centre. Pas d'infiltration, pas de saillie. La couleur générale est blanc nacré, plus marquée au bord où l'on trouve une bordure de 2 millimètres environ de large d'un blanc éclatant, bien limitée vers la muqueuse saine, moins bien limitée vers la partie centrale où elle se diffuse en stries convergentes vers le centre de la plaque. Cette disposition radiée de la blancheur donne à la plaque une apparence cicatricielle, car elle est assez analogue, à part la blancheur peu éclatante, à certaines cicatrices de syphilides muqueuses. A la palpation, on trouve au niveau de la plaque une dureté superficielle sans infiltration, assez analogue à celle qu'on trouve dans lichen plan de la muqueuse, mais un peu moins prononcée.

OBSERVATION X

(*Journal de médecine de Bordeaux*, 30 juillet 1892, p. 368). M. HASSLER.

*Lupus érythémateux de la face
avec extension aux muqueuses labiale et buccale.*

Le malade atteint de lupus érythémateux que j'ai l'honneur de présenter à la Société, a paru digne d'intérêt à M. le professeur agrégé Dubreuilh et à M. le docteur Frech, qui ont bien voulu l'examiner avec moi, au triple point de vue :

a) De la confluence des lésions de la face.

b) De leur extension et de leur caractère au niveau des lèvres et du limbe cutanéomuqueux.

c) Enfin, de leur extension à la muqueuse buccale, qui a été signalée par les auteurs, mais rarement observée.

Ce jeune homme, âgé de 23 ans, a cinq mois de service militaire. Il a toujours joui d'une bonne santé générale. Une atteinte de rhumatisme, il y a 9 ans : des engelures aux mains chaque hiver, jamais aux pieds ni aux oreilles, tels sont les seuls antécédents dignes d'être relatés.

Aucun antécédent héréditaire tuberculeux.

La lésion actuelle remonte à 3 ans. Elle a débuté par les deux oreilles ; le pavillon a été primitivement pris, puis le nez. Quelque temps après, il se forme des plaques nouvelles au devant du tragus gauche, sur les paupières et sur les rebords orbitaires. Depuis le début de la maladie, il n'y a pas eu de guérison à proprement parler, mais des améliorations plus ou moins notables, pendant les étés. Les lésions sont alors aussi rouges, mais les squames sont très rares.

Actuellement, les deux oreilles sont entièrement prises, sauf le lobule droit. On trouve aussi des îlots de grandeur

variable, de 1 à 3 centimètres, distribués sur le nez, les joues, le menton et les paupières.

La plupart des plaques présentent les caractères du lupus érythémateux typique : quelques-unes cependant présentent des particularités qu'il est bon de signaler.

Sur le menton, on remarque une petite plaque assez régulière, à fond blanchâtre, légèrement violacée, sur laquelle on voit surtout, au niveau de la bordure, de petites saillies miliaires qui donnent à la plaque un aspect papillomateux.

On trouve une plaque analogue située sur le bord cutané de la lèvre supérieure, presque au niveau de la ligne médiane. En ce point, l'aspect papillaire est un peu plus étalé qu'au niveau de la plaque précédente, mais on trouve à la surface de petits blocs cornés, jaunes-verdâtres, à structure feuilletée, qui viennent assez facilement au grattage.

Les lésions sont d'un rouge violacé, elles desquament sous forme de lamelles collodionnées. Du côté de leur face buccale, on voit des plaques irrégulières, rouges, non ulcérées, à peine érodées, parsemées d'un petit granité blanc violacé.

Dans le sillon gingivo-génien gauche, au niveau de la première grosse molaire, qui a été extraite, il y a un an et demi, on voit une plaque d'un blanc violacé, avec une bordure assez régulière, très légèrement saillante et un peu dure au toucher. Cette plaque est formée de petits grains miliaires de un quart de millimètre environ, très légèrement saillant, donnant un peu, au toucher, la consistance du lichen plan, distribués assez régulièrement à la surface de la plaque et reposant sur un fond rougeâtre. Au centre de cette plaque, on trouve aussi des tractus blanchâtres, irréguliers et d'aspect cicatriciel. Cette plaque, dont le malade ignorait l'existence, est complètement indolente, mesure un centimètre et demi de large sur deux de long et remonte sur la face interne de la joue et un peu aussi sur le bord de l'arcade dentaire.

L'examen minutieux du nez, du pharynx, des amygdales et

du larynx, pratiqué au laboratoire de M. le Dr Moure, ne présente rien de particulier à signaler. Il n'existe également aucune plaque sur le cou, ni sur le tronc ou les membres.

M. W. Dubreuilh. — Le malade que vient de nous présenter M. Hassler, et qu'il avait eu la gracieuseté de me montrer ce matin, est fort intéressant à plusieurs titres. L'éruption de *lupus érythémateux*, qui couvre la face et qui est parfaitement typique, couvre également le bord libre des deux lèvres et y présente son aspect habituel de plaques violacées, infiltrées, avec un centre atrophique ou cicatriciel, marbré de stries blanches. Cette localisation du *lupus érythémateux* sur le bord libre ou même la face muqueuse des lèvres n'est pas rare, bien qu'il soit exceptionnel de la voir aussi abondante que dans le cas actuel. Ce qui est beaucoup plus rare, c'est de voir du *lupus érythémateux* de la cavité buccale. Il n'est pas mentionné par les auteurs, car tous les faits de *lupus érythémateux* des muqueuses, qui ont été publiés, sont relatifs aux lèvres. Ici, nous trouvons une plaque étendue sur la joue gauche et l'arcade dentaire inférieure du même côté qui me paraît bien être de la même nature que les autres lésions cutanées.

J'ai déjà observé un cas semblable. Un malade atteint de *lupus érythémateux* de la face, du cuir chevelu et des lèvres, présentait une plaque sur le pilier antérieur, plaque oblongue, violacée avec des marbrures blanches, cicatricielles. Cette localisation est donc une rareté.

Je remarque, enfin, sur la lèvre supérieure un point où les lésions sont couvertes d'une épaisse couche de squames jaunes, feuilletées, friables, qu'on n'a pas l'habitude de voir dans le *lupus érythémateux*. Cela me remet en mémoire un fait observé il y a quelques années, chez une jeune fille que je n'ai vue du reste qu'une fois. Les lèvres étaient couvertes d'une épaisse couche de squames friables, feuilletées et comme soufflées, au dessous desquelles se trouvait la peau rouge, mais non ulcérée. Je me demande rétrospectivement

si je n'ai pas eu sous les yeux ce jour-là un *lupus érythémateux* anormal comme forme et comme localisation.

M. Fromaget. — Au point de vue de la mise en réforme de ce malade, il me semble que l'on peut faire valoir, outre le désagrément pour les autres soldats de se trouver avec lui, la possibilité d'une contagion, le *lupus érythémateux* étant, je crois, de nature tuberculeuse.

M. W. Dubreuilh. — Les rapports entre le *lupus érythémateux* et la tuberculose sont très discutés. Un certain nombre de dermatologistes admettent des liens étroits entre les deux maladies et considèrent le *lupus érythémateux* comme une manifestation de la tuberculose ; d'autres considèrent le *lupus érythémateux* comme totalement indépendant.

La première opinion est surtout représentée par l'école de Paris, par Boeck, de Christiania, et quelques auteurs anglais et américains. Ils se fondent sur ce que les malades atteints de *lupus érythémateux* ont habituellement des antécédents héréditaires de tuberculose pulmonaire ou des antécédents personnels de tuberculose ganglionnaire, osseuse ou articulaire, de scrofulo-tuberculose en un mot.

La seconde opinion, défendue par les Allemands et la plupart des Anglais, soutient que dans les lésions du *lupus érythémateux*, on ne trouve ni tubercules, ni bacilles, que l'inoculation est toujours restée infructueuse et que la coïncidence de la tuberculose n'est pas assez fréquente pour faire admettre l'hypothèse d'une éruption causée par les toxines de la tuberculose. Il reste constant que le *lupus érythémateux* n'est pas causé par une colonisation locale du bacille de la tuberculose comme l'est le *lupus vulgaire*, mais que son étiologie reste encore incertaine. Pour ma part, si j'ai quelquefois trouvé la tuberculose dans les antécédents de mes malades, j'ai vu si souvent le *lupus érythémateux* chez des individus indemnes de toute tare, même lorsque je les ai suivis pendant bon nombre d'années, que je suis plutôt disposé à considérer le *lupus érythémateux* comme indépendant de la tuberculose. Dans tous les cas, il n'y a pas de contagion à craindre,

OBSERVATION XI

(CROS. Thèse de Montpellier, année 1895-96. IX observation, page 47.)

*Lupus érythémateux du nez et des muqueuses
simulant des lésions syphilitiques. Nombreuses adénopathies.*

Le 30 janvier 1896, le nommé T..., Auguste, âgé de 28 ans, originaire du Var, exerçant depuis plusieurs années la profession de portefaix à l'arsenal de Toulon, entra à la clinique dermatologique de l'hôpital suburbain de Montpellier, pour une lésion érythémato-croûteuse, occupant toute la face dorsale et les ailes du nez et dont le début remonte à quatre ans environ.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort à 64 ans, d'une fluxion de poitrine. Mère morte à 44 ans, poitrinaire et atteinte d'un lupus de la face ayant envahi le nez et les joues sous forme d'ailes de chauve-souris, d'après le malade, et qui aurait débuté à l'âge de 35 ans. Le malade a deux frères et une sœur. Cette dernière a souffert longtemps d'abcès froids au cou ; elle a aujourd'hui 31 ans, est mariée et mère de deux enfants qui se portent bien. L'aîné des frères, qui a 33 ans, a eu également des abcès froids au bras droit et, d'après la description que nous en donne le malade, il a dû être atteint d'une ostéite tuberculeuse. Le second a 21 ans, fait actuellement son service militaire et ne présente rien d'anormal,

Antécédents personnels. — Kérato-conjonctivite dans le jeune âge dont on constate les traces sur la cornée des deux yeux.

Variole légère en 1891 et petite crise d'influenza, également légère, en 1892. Pas d'écoulements d'oreilles, ni de croûtes.

Les organes génitaux sont sains et ne présentent aucune trace de chancre. Le malade dit ne jamais avoir eu ni de syphilis, ni de blennorrhagie. Seulement un petit échauffement qui guérit en 12 ou 15 jours, par un traitement des plus anodins. Pas de toux, de bronchite ; santé générale bonne malgré la profession pénible qu'exerce le malade.

L'aspect extérieur du malade est celui d'un scrofuleux. Les lèvres sont fortes, lippues, rejetées en dehors. Les yeux présentent, en outre, un degré très marqué d'exophtalmie. Ils présentent actuellement de la kérato-conjonctivite avec perte presque complète de la vision du côté droit. Un séjour de quelques jours, dans le service d'ophtalmologie de M. le professeur Truc, a amélioré cette affection oculaire.

Maladie actuelle. — Interrogé sur la marche de sa lésion, le malade nous apprend qu'elle avait débuté sous la forme d'un petit bouton, siégeant sur l'aile droite du nez, de la grosseur d'un petit pois, légèrement prurigineux, saignant facilement sous l'influence du grattage et se recouvrant, sans cesse, de petites croûtelles peu adhérentes. Le bouton s'étendit progressivement en surface, et à mesure que l'accroissement se faisait plus étendu, il s'affaissait et se transformait en une surface rouge, plane, recouverte de squames fines et sèches, le petit placard gagna bientôt le lobule du nez, puis envahit peu à peu, et en même temps, l'aile gauche, la face dorsale et les parties latérales de cet organe. Le malade se grattait pour faire tomber les squames qui se reformaient aussitôt.

Voyant, au bout de 4 ou 5 mois, que le mal menaçait de s'éterniser, il entra en avril 1893, à l'hôpital de Toulon où on porta le diagnostic de *lupus érythémateux*, et on prescrivit des lotions de sublimé. Au bout de vingt-cinq jours, une amélioration sensible s'était déjà produite et le malade reprit son travail. Mais, peu après, les croûtes se reformèrent, le mal gagna un peu plus en étendue et un nouveau séjour à l'hôpital (mai 1894) lui procura une nouvelle amélioration. Il

y fut traité cette fois par les lotions au sublimé, la vaseline iodoformée, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium à l'intérieur. Dans le courant de la même année, nouveau séjour à l'hôpital et nouvelle amélioration, qui ne persista pas plus que les précédentes.

Fatigué de ces alternatives et pensant ne pas être suffisamment bien soigné à l'hôpital de Toulon, le malade vint à Montpellier.

A son arrivée, on constate sur le nez un placard croûteux, s'étendant sur les parties latérales et les ailes, y compris le lobule ; en hauteur, il occupe les deux tiers inférieurs du dos du nez. La plaque ne présente pas de relief bien appréciable ; elle est recouverte de concrétions plâtreuses, sèches et assez adhérentes, de couleur grisâtre, entourées d'un liseré congestif, indiquant une infiltration sous-jacente. Les contours en sont parfaitement symétriques. Pas ou presque pas de démangeaisons.

En outre, sur la langue, deux plaques ulcéreuses, siégeant l'une sur la pointe de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes ; l'autre sur la partie inféro-latérale droite, un peu plus petite, de forme allongée. Elles sont recouvertes toutes deux d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux, mais, sans liseré congestif, un peu analogues à première vue à des plaques syphilitiques.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont fortement engorgés ; notamment à gauche, dans la région parotidienne et sous-maxillaire, où ils roulent sous le doigt et ont le volume d'une noisette à un œuf de pigeon. A droite, dans les mêmes régions, ils sont un peu moins volumineux. Ils sont durs au toucher, ne présentant en aucun point de la fluctuation ; pas d'adhérences superficielles ou aux organes profonds. A leur niveau la peau a conservé sa coloration normale. Dans la profondeur du cou, tout le long des sterno-mastoïdiens, on sent de nombreux ganglions tuméfiés, plus petits que les précédents, les nombreuses adénopathies élargissent nota-

blement le cou surtout dans sa partie supérieure et lui donnent l'aspect de cou de taureau.

Quant au diagnostic, aucune hésitation n'existe pour la lésion du nez. C'est bien un placard de lupus érythémateux acnéique. Un doute subsiste pour les ulcérations linguales. Leur aspect, la rougeur des piliers leur donnent l'apparence de lésions syphilitiques. Notamment la plaque siégeant au niveau de la pointe avec ses bords nettement arrondis, légèrement excavés, avec un certain degré d'induration, simule, à première vue, l'accident primitif de la syphilis.

Ces ulcérations étaient-elles en rapport avec les lésions du nez, constituant des lésions lupiques des muqueuses, ou bien étaient-elles des manifestations syphilitiques, indépendantes du lupus du nez et coexistant avec lui ? En admettant qu'il existât un chancre à la langue, comme, d'après le malade, les ulcérations ne remontent qu'à sept ou huit mois, la lésion du nez ne saurait être un accident secondaire ou tertiaire, puisqu'elle remonte à quatre ans passés. Et, en admettant que ce soit une lésion indépendante de celle du nez, de nature syphilitique, on comprend difficilement l'existence torpide de ce chancre durant sept ou huit mois et ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme de syphilis. Il faut donc abandonner l'idée de syphilis tant à la langue qu'au nez et, tenant compte des anamnestiques et de l'aspect des lésions, considérer le malade comme un scrofulo-tuberculeux atteint de lupus érythémateux du nez et des muqueuses, celles-ci secondaires et liées au même processus que l'engorgement ganglionnaire.

Par acquit de conscience et pour tâcher d'obtenir quelque éclaircissement, on a soumis tout d'abord le malade au traitement spécifique par le sirop de Gibert et par les lotions de sublimé. Aucune amélioration, comme on devait s'y attendre, ne s'est produite au bout d'un mois de ce traitement, qui a été alors remplacé par le traitement antibacillaire : l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue ; en même temps, on touche les placards avec de la chloraline en solution.

OBSERVATION XII

(*Annales de dermat. et syphil.* Année, 1889, p. 806, M. FEULARD).

*Lupus érythémateux de la lèvre inférieure. —
Tuberculose pulmonaire.*

J'ai l'honneur de vous présenter une malade atteinte d'une lésion rare de la lèvre inférieure. Cette femme, âgée de 41 ans, ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires. Son père, âgé de 64 ans, est bien portant et habite hors Paris. La mère est morte, il y a fort longtemps, à l'âge de 42 ans, d'un abcès du cou, paraît-il. Une sœur est morte à l'âge de 11 ans, la malade ignore la cause de cette mort: un frère est mort accidentellement au service militaire; un autre frère, âgé actuellement de 44 ans, est bien portant et habite la province. La malade habite Paris depuis 22 ans et a exercé le métier de cuisinière, sauf depuis 5 années, où elle vivait dans son ménage. Régée à 14 ans, elle n'a jamais été malade jusque l'année dernière. Il y a huit mois environ, un jour en buvant un liquide chaud, elle ressent une légère douleur à la lèvre inférieure, et c'est à partir de ce moment qu'elle constate une petite lésion qui, depuis, a progressé jusqu'à l'état qu'elle présente actuellement. Aucun traitement effectif local n'a été fait.

Le 5 février, la malade atteinte de bronchite, entre à l'hôpital Tenon, où l'on diagnostique chez elle, une bronchite tuberculeuse. La lésion de la lèvre ne passa pas inaperçue, mais fut considérée comme une plaque muqueuse. La malade resta un mois dans cet hôpital et en sortit toussant toujours beaucoup, en même temps, l'amaigrissement qui avait

commencé peu de temps avant l'entrée de la malade à Tenon, continuait ; il y a sept mois, elle pesait, dit-elle, 184 livres, elle en pèse maintenant 126 ; la voix restait enrouée et la malade toussait continuellement. Bref, elle présente tous les signes extérieurs de la tuberculose.

J'ajoute que l'examen de la poitrine révèle seulement de la rudesse de la respiration aux sommets et quelques râles ; mais la malade crache, et dans ses crachats a été trouvé par M. Darier, le bacille de Koch. De ce côté, il n'y a donc aucune espèce de doute.

La malade est atteinte de tuberculose et cette constatation vient aider à faire le diagnostic de la lésion qu'elle présente à la lèvre : diagnostic qui peut, je dois le dire, être fait rien que par le caractère de la lésion, et qui a été fait objectivement par plusieurs médecins à qui nous avons présenté la malade et par nous-même.

En quoi donc consiste cette lésion ? Elle siège à la face interne ou muqueuse de la lèvre, sous forme de deux tâches ayant les dimensions d'environ une pièce de 20 centimes. La bouche étant fermée, rien ne paraît, qu'un état plucheux du bord libre de la lèvre, ainsi que cela se rencontre chez les personnes, ayant l'habitude de mâcher leur lèvre. Mais si l'on abaisse la lèvre de façon à la faire saillir en avant, on est frappé tout d'abord par la teinte opaline que cette lèvre présente en deux ou trois places, à ce point, qu'on croirait tout d'abord avoir affaire à une lésion syphilitique secondaire ; erreur qui a été commise d'ailleurs : mais il n'y a pas d'ulcération. On constate seulement une teinte opalescente dépolie de la muqueuse et en tendant la lèvre un épaississement assez sensible au niveau des places malades, un très léger relief de ces places qui tranchent ainsi sur les parties voisines, mais surtout par leur couleur ; au pourtour des plaques opalines existent de petits liserés rouges très vasculaires, qui se perdent insensiblement sur le reste de la muqueuse.

En somme, très peu de chose, l'aspect opalescent dépoli avec pourtour rouge vasculaire des plaques, leur légère saillie sur le reste de la muqueuse, l'épaississement que l'on constate à leur niveau, voilà ce qui constitue presque exclusivement cette lésion.

Nous n'hésitons pas cependant à faire de ces lésions d'apparence minime, du lupus érythémateux de la muqueuse, analogue à ceux qui ont été déjà présentés à la réunion, mais se différenciant par ce fait que le lupus reste ici localisé à la seule muqueuse labiale. Nulle part ailleurs, la malade ne présente de lésions semblables, ni sur la peau du visage, ni sur le cuir chevelu, ni en aucun point du corps. C'est là, à notre avis, ce qui constitue le côté particulièrement intéressant de cette observation que je résumerai en deux mots : « Lupus érythémateux, développé primitivement et seulement sur la surface muqueuse de la lèvre inférieure, la peau restant indemne, tuberculose pulmonaire paraissant s'être développé postérieurement à ce lupus. »

M. Hallopeau. — Je ne puis admettre pour cette lésion la qualification de *lupus érythémateux*, attendu qu'il n'y a aucune lésion semblable sur la peau ; il s'agit, pour moi, simplement d'une tuberculose buccale.

M. Fournier. — Je ne vois pas pourquoi on ne désignerait pas une pareille lésion du nom de *lupus érythémateux*, attendu qu'elle présente exactement les caractères objectifs du *lupus érythémateux* de la peau : tuméfaction, rougeur, desquamation opaline ; mais il ne s'agit là que d'une question de dénomination. Ce qui me paraît plus important, c'est la ressemblance de la lésion avec une lésion syphilitique. Cette femme nous avait été envoyée par un médecin de la ville avec le diagnostic de syphilis, et c'est seulement par un interrogatoire minutieux que j'ai pu me convaincre qu'il n'y avait pas à invoquer cette cause. Il s'agit donc d'un de ces cas, de plus en plus nombreux, auxquels convient parfaitement le nom de *pseudo-syphilis*.

M. E. Besnier. — Objectivement et sans aucune espèce de renseignements, j'ai fait le diagnostic de lupus érythémateux, la lésion présente absolument les mêmes caractères que les altérations de la muqueuse des lèvres que l'on voit coïncider avec le lupus érythémateux de la peau ; elle s'en rapproche non seulement par sa marche, mais par ses caractères objectifs, et si l'on exposait à l'air pendant un certain temps, une semblable lésion, elle offrirait certainement une desquamation semblable à celle du lupus érythémateux du tégument externe.

M. Hallopeau. — Je ne doute pas qu'il s'agisse d'une lésion tuberculeuse, et c'est précisément pour cette raison que je me refuse à lui donner le nom de lupus érythémateux. En effet, la nature tuberculeuse de cette forme de lupus est très contestée, on n'y a que très rarement pu découvrir des bacilles, les inoculations positives sont encore plus rares.

M. E. Besnier. — Sur ce point une discussion nous entraînerait trop loin. Je me contenterai de dire qu'il est impossible de séparer au point de vue de sa nature, le lupus tuberculeux des autres formes de lupus.

M. Lailler. — Les dents incisives de cette malade sont irrégulières, acérées, et il se pourrait que leur forme soit pour quelque chose dans la production des lésions des lèvres.

OBSERVATION XIII

(Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, 1890, p. 24.)

*A case of lupus erythematosus of the face and oral cavity by
Georges. Fox. New-York.*

Lizzie R., âgée de 18 ans, vint me trouver en juin 1888, avec une éruption sur le nez et les joues, datant de trois

mois. Une forte application d'acide salicylique fut faite récemment et au premier examen, il était difficile de savoir si c'était un cas de lupus érythémateux ou d'eczéma séborrhéique. En vérité, la coexistence d'une éruption autour des oreilles, humides et couvertes de croûtes et la rapide amélioration des lésions de la face à la suite du régime et d'une application calmante, me persuadèrent. pendant plusieurs mois, que c'était vraisemblablement un eczéma. Mais la persistance surprenante de l'éruption, la fréquence d'inflammations érysipélateuses et l'apparence sèche et ponctuée des joues, m'amènèrent à cette conclusion que j'avais fait une erreur de diagnostic. La malade fut admise à mon service, à *Skin and cancer Hospital*, comme un cas de lupus érythémateux à forme aigüe et disséminée.

A l'hôpital, l'éruption de la face s'améliora, mais l'état général qui, dès le début était mauvais, s'aggrava. Elle souffrait d'un retard de règles qui sembla donner lieu à des attaques périodiques érysipélateuses. Pendant une de ces attaques, le palais, si difficile à entamer, devint le siège d'une congestion intense avec ulcération superficielle. La malade se plaignait d'une sorte de décharge au niveau des narines postérieures et avait de fréquentes épistaxis. L'éruption, en ce moment, se développa sur les doigts.

Pendant l'été, la malade étant restée à l'hôpital, l'état de la face s'améliora et les lésions de la bouche disparurent à peu près. Mais en septembre l'éruption de la face s'aggrava et s'étendit jusqu'au dessous du bord de la mâchoire inférieure et sur les oreilles.

De nouveau, la surface de la peau présente l'aspect piqué particulier avec de nombreuses petites dépressions. Il n'y avait pas d'éruption sur le crâne, quoique les cheveux étaient tombés ferme depuis le début de l'attaque. Les lèvres étaient gonflées superficiellement et couvertes de croûtes. Sur leur surface muqueuse, il y avait de petites plaques blanchâtres, ovales, plus larges et plus confluentes sur la lèvre supérieure

que sur l'inférieure. La langue était flasque, tapissée d'un enduit très épais et blanc-jaunâtre avec des bords irréguliers. Le palais dur était couvert, comme auparavant, d'une éruption rouge, mouchetée, superficiellement ulcérée. Le pénible état de la bouche fut soulagé par l'usage copieux de peroxyde d'hydrogène, mais s'aggrava après l'absorption de quelques doses de quatre grains de calomel. L'odeur fétide de l'haleine et la friabilité des gencives indiquaient un commencement d'intoxication.

Dernièrement, ayant envoyé quelqu'un à la demeure de la malade avec l'intention de faire un examen plus approfondi de la cavité buccale pour en faire l'objet d'un rapport, j'ai appris de sa famille qu'elle avait été atteinte d'une pneumonie qui l'avait emportée en peu de jours.

A propos de ce cas, il faut remarquer que la relation entre le lupus érythémateux et le lupus vulgaire a été longtemps en dermatologie une question indéterminée. Quoiqu'il y ait entre eux une certaine parenté, on admet généralement qu'ils peuvent être cliniquement deux affections distinctes. L'application du nom lupus aux deux est à regretter, car cela a amené quelques uns à croire que ces deux affections étaient simplement des variétés d'une même maladie.

Le lupus vulgaire, la forme tuberculeuse ordinaire du lupus est assez fréquent sur les muqueuses, mais, dans cette contrée, on n'a pas, que je sache, rapporté un seul cas de lupus érythémateux de la cavité buccale.

La rareté de tels cas est amplement démontrée par ce fait que la plupart des dermatologistes n'en ont pas fait mention, et les cas signalés par les européens sont très peu nombreux. Neumann parle de lupus érythémateux sur le bord rouge des lèvres ; Veiel, sur les deux lèvres et sur la paupière ; Kaposi, sur le palais dur et sur la surface interne des lèvres. Ce dernier auteur, dans son excellent chapitre sur le lupus érythémateux, dit qu'il a vu trois cas où l'éruption de la face était accompagnée d'une éruption analogue de la cavité

buccale qui se montra aussi rebelle au traitement que l'affection cutanée. La terminaison de ces cas n'est pas mentionnée, mais il y est noté que sur huit cas de la forme de cette maladie, accompagnée d'inflammation érysipélateuse, quatre se sont terminés par pneumonie.

Kaposi divise les lupus érythémateux en deux formes : la discoïde, la variété la plus commune et la forme disséminée et confluyente qui est comparativement rare. C'est en rapport avec cette dernière forme que doivent être rangées les lésions de la cavité buccale qui ont été observées.

L'apparence crouteuse de l'éruption qui est particulière à cette forme présente une grande ressemblance avec l'eczéma et est susceptible de prêter à des erreurs de diagnostic.

Deux autres traits particuliers sont les attaques récurrentes d'inflammation érysipélateuse et la tendance à une terminaison fatale par pneumonie. A ce double égard le cas présente une notable similitude avec ceux mentionnés par Kaposi.

OBSERVATION XIV.

(*The british, journ. of dermatol.*, May 1897, p. 177. By Leslie ROBERTS).

Does lupus érythématosus ever attack the mucous membranes.

Le cas, que j'ai à relater, a des traits particuliers, qui méritent d'être signalés. Une femme de 45 ans vint me consulter en mars dernier, au sujet d'une tache rouge circonscrite, adjacente à la lèvre inférieure, ayant une durée de 18 mois. Peu soucieuse de son naturel, elle s'inquiéta pourtant de la rougeur de la lèvre occasionnée par la déchirure de l'épiderme.

Quand je l'ai vue pour la première fois, il n'y avait pas de

doute pour moi que cette affection ne fut un *lupus érythémateux*, malgré les deux ou trois traits anormaux. La tache rouge était piriforme, la large extrémité étant située à l'angle gauche de la bouche, l'étroite sur la ligne médiane. Le bord supérieur était perdu sur la muqueuse de la lèvre, le bord inférieur était saillant et d'une couleur plus claire que la couleur foncée de l'intérieur. La surface était sèche, l'avait toujours été et n'était pas recouverte de croûtes sébacées. La lumière électrique fit apercevoir de fines écailles, mais aucun signe d'atrophie. La surface paraissait couverte de petits pertuis, mais les orifices des follicules sébacés et pilo-sébacés n'étaient pas béants. A la limite de la tache, se trouvaient des bouquets de capillaires dilatés.

L'épiderme couvrant la lèvre était sec et fendillé et faisait relief au-dessus de la muqueuse unie de la lèvre. Entre la lèvre et la gencive la surface de la muqueuse était parfaitement lisse et ne présentait rien de particulier à noter. Mais la gencive de la machoire inférieure était malade. Elle semblait molle comme une éponge et disparaissait au niveau des dents situées vis à vis de la lésion de la lèvre. Les canines et les incisives gauches étaient aussi libres que si on les avait secouées dans leurs alvéoles.

La marche de la maladie était très lente. La malade était soumise à mes soins depuis mars 1895 et il m'a été impossible de découvrir pendant ce temps la moindre extension de la tache. Un trait remarquable est l'état stationnaire de la maladie. Les moyens les plus rigoureux ont paru faire peu d'effet sur elle. J'étais étonné de la faible réaction qui accompagnait l'application de cautère électrique, d'électrolyse, de nitrate acide de mercure, etc. Si ces agents ont produit quelque résultat, cela a été d'arrêter les progrès de la maladie.

Mon ami le Dr Brooke de Manchester, qui a vu le cas, convient avec moi du diagnostic de *lupus érythémateux*, mais il est moins enclin que moi à regarder l'atrophie des gencives comme étant de même nature. La malade m'a

affirmé que l'atrophie avait commencé avant la lésion de la lèvre et, à cette époque, il s'écoula un peu de pus des alvéoles des dents ébranlées. L'évolution se fit sans douleur et les dents elles-mêmes étaient saines.

L'atrophie essentielle de la gencive, accompagnée d'ébranlement des dents, est bien connue des chirurgiens-dentistes. M. Bates, chirurgien à l'Hôpital dentaire de Liverpool, me raconte qu'il a rencontré deux cas semblables, tous deux chez de jeunes adultes, chez qui le rétrécissement de la gencive et des tissus environnants se montre sans cause apparente. L'affection quelle qu'elle soit est certainement rare. D'autre part, l'atrophie de la gencive par accumulation excessive de tartre est un fait commun.

J'ai appliqué trois fois le cautère électrique sur la gencive, mais sans résultat favorable. Je fus alors disposé à partager l'opinion du Dr Brooke sur la valeur d'une forte application d'emplâtre de resorcine dans ces cas.

Depuis que j'ai rapporté ce cas, j'en ai rencontré en faisant de longues recherches dans la littérature médicale, un autre qui semble répondre à ma question d'une façon affirmative. C'était un cas de lupus érythémateux généralisé rapporté par le docteur Petrini de Galatz dans les transactions *of the second international congress.*, tenu à Vienne en 1892. L'affection de la cavité buccale est décrite en ces mots : « Les muqueuses de la voûte palatine, du voile du palais et des joues, paraissent épaissies, présentant une rougeur intense et des taches cicatricielles ». Mais dans les notes sur l'autopsie dans ce cas suivi de mort nous lisons : « La muqueuse de la cavité buccale, du larynx et de la trachée, n'offre rien de remarquable ». Il n'est pas fait mention qu'un examen microscopique de ces parties ait été fait.

OBSERVATION XV

Note sur un cas de lupus érythémateux généralisé, avec nécropsie et études histologiques, par Petrini. (Brochure in-8, Paris, 1892).

Le nommé Z. L..., âgé de quarante-trois ans, est entré dans mon service de l'hôpital Colentina le 23 novembre 1891. Il meurt le 3 janvier 1892.

Le malade nous déclare que ses parents ont toujours été bien portants, ils n'ont jamais eu d'affection pulmonaire, son père est mort d'une fièvre typhoïde, sa mère est morte étant assez âgée. De cinq enfants qu'ils étaient, trois sont encore vivants : ce sont notre malade et deux sœurs. Quant à la cause de la mort de ses deux frères, ainsi qu'au point de vue des renseignements sur ses collatéraux, le malade ne sait rien.

Personnellement, il s'est toujours bien porté, jamais de manifestation scrofuleuse, jamais de syphilis. Il y a quatre ans qu'il vit apparaître quelques taches rouges sur son nez; la rougeur a gagné lentement et successivement toute la figure, le thorax, le dos, les membres supérieurs et, finalement, les cuisses. L'érythème a mis quatre ans pour parvenir à l'extension présente, et il y a quelques mois seulement que des taches rouges lupiques apparurent sur ses cuisses. De telles efflorescences qui représentent le stade commençant de l'éruption, se fusionnent plus tard en une plaque de couleur rouge.

État du malade à l'entrée dans nos salles. — La figure présente des plaques érythémateuses d'un rouge foncé, à derme sclérosé, alternant avec d'autres plaques d'un rouge clair, légèrement déprimées; d'autres sont couvertes de cicatrices blanchâtres, et, dans ces endroits, le derme est

atrophie. Cette disposition occupe toute la face, en haut jusqu'aux sourcils, latéralement jusqu'aux oreilles, et aux régions mastoïdiennes des deux côtés, en bas elle couvre tout le menton, la région sus-hyoidienne et sus-claviculaire. Beaucoup de ces plaques sont couvertes sur plusieurs régions de croûtes blanches, grisâtres, adhérentes. A leur périphérie, on observe de nombreux points mous. Ailleurs, on voit des taches érythémateuses couvertes de squames minces. Les lèvres tuméfiées, épaissies, sont couvertes par le même érythème sur leurs deux faces. Les muqueuses de la voûte palatine, du voile du palais et des joues paraissent épaisses, présentant une rougeur intense et des taches cicatricielles. Le thorax présente à la partie supérieure du sternum des plaques d'érythème alternant avec des taches cicatricielles blanches. Des taches brunes, traces d'un érythème disparu, se voient sur la nuque. Des plaques érythémateuses d'un rouge foncé, couvertes de squames blanchâtres, adhérentes, se trouvent sur le dos, entre les omoplates, au niveau de la région lombaire, sur le sacrum, sur les fesses. Des plaques d'un rouge clair, avec des portions cicatricielles, se voient sur l'abdomen.

Au niveau de l'omoplate gauche, une grande plaque elliptique ayant 2 1/2 et 1 1/2 centimètre de diamètre; la région deltoïdienne, la face externe et postérieure du bras gauche, sont couvertes tantôt de plaques, tantôt de cicatrices et de croûtes.

Quelques plaques d'érythème dans les aisselles. La région deltoïdienne droite est couverte d'une tache rouge, blanchâtre, d'une cicatrice à bords festonnés, ayant 5 centimètres de diamètre, ainsi que d'une plaque d'érythème croûteuse, ayant 4 1/2 centimètres de diamètre. De semblables lésions se trouvent sur la face externe et postérieure du bras et du coude droits. Les membres inférieurs présentent, au niveau des cuisses, des plaques lupiques ayant la grandeur d'un petit pois.

Le malade, de constitution robuste, la musculature et le système nerveux bien conformés, accuse une certaine démangeaison sur toute l'étendue des parties érythémateuses. Les ganglions inguinaux ainsi que ceux de l'aisselle droite sont peu augmentés de volume.

Les poumons, le cœur, le foie, la rate, les organes digestifs n'offrent rien d'anormal. L'urine, examinée par le Dr Bernoth, dénote une diathèse urique, à cause de l'acide urique qui se trouve dans le sédiment.

L'épithélium vésical, le pus, le mucus qui s'y trouvent aussi dénotent une irritation des voies urinaires. La densité de l'urine, les matières extractives sont aux chiffres normaux. On y constate l'iode (à cause de l'iodoforme pris par le malade). Pas d'albumine, pas de sucre.

Traitement. — Iodoforme en pilules : 20 centigrammes par jour pendant dix jours. La dose est portée ensuite à 30 centigrammes pendant quinze jours. Ensuite 40 centigrammes par jour.

Traitement local. — Lavage de la figure avec l'esprit de savon de potasse et application locale d'emplâtre de Vigo.

24 décembre. — Le malade se plaint de vertiges, de bourdonnements dans les oreilles, les crachats sont un peu sanguinolents. A l'auscultation, râles sous-crépitants et sibilants. L'iodoforme est supprimé.

28 décembre. — Céphalalgie violente. Éruption bulleuse sur le thorax, au niveau des clavicules, sur le dos, dans les aisselles et sur les fesses.

29 décembre. — Nouvelle éruption de bulles sur les bras, avant-bras et parties latérales de la nuque; sur le thorax, l'abdomen et le dos.

30 décembre. — Toute la surface du tronc, les membres supérieurs jusqu'aux mains, les membres inférieurs jusqu'au tiers supérieur des jambes sont couverts de bulles. La tête seule est respectée,

1^{er} janvier. — Etat général empire. Des bulles apparaissent sur les paupières.

2 janvier. — L'épiderme de toutes les bulles s'est exfolié de sorte qu'on voit des surfaces dénudées sanguinolentes, sur les cuisses, les fesses, l'abdomen, les flancs, les aisselles, le scrotum.

3 janvier. — Malade succombe.

Autopsie. — Congestion de tous les viscères qui ne présentent aucune lésion tuberculeuse. Les poumons sont le siège d'une anthracosis. Le poumon droit présente de plus les altérations d'une pneumonie interstitielle et alvéolaire hémorrhagique qui a été probablement la cause immédiate de la mort de l'individu.

Dans la rate, foie, reins, pigment à la périphérie des vaisseaux sanguins.

On constate en outre une pachyméningite cervicale.

A l'examen histologique, pas de bacilles de Koch ni de cellules géantes dans la peau et les muqueuses. Atrophie considérable de la couche cornée de l'épiderme. Atrophie des cellules du réseau malpighien dont le protoplasma a disparu et se trouve remplacé par des vacuoles blanchâtres. La couche basale de cellules cylindriques est complètement disparue. Absence de stratum granulosum et lucidum.

Le protoplasma de quelques cellules de la couche muqueuse de l'épiderme est imbibé de granulations pigmentaires. Des granulations de pigment, en moindre quantité, se rencontrent encore à la surface des éléments dermiques, ainsi que dans les cellules du corps papillaire. Ces granulations résultent probablement de la destruction de quelques globules rouges.

Le derme est infiltré par un grand nombre d'éléments sphériques embryonnaires. Les vaisseaux sanguins de la couche superficielle du derme sont dilatés et remplis de globules rouges. Cette dilatation occupe surtout les veines (beaucoup d'artérioles ayant leurs parois sclérosées et leur calibre rétréci par des cellules embryonnaires).

Les glandes sébacées sont hypertrophiées. Quelques-unes

offrent une dilatation considérable qui intéresse tous leurs acini ainsi que les canaux excréteurs. Les follicules pileux manquent ou sont complètement atrophiés autour de beaucoup de ces glandes.

Dans la couche moyenne du derme, plusieurs vaisseaux sont remplis d'un grand nombre de leucocytes formant des thromboses partielles dont l'existence n'a pas encore été observée dans des cas semblables.

A signaler aussi le fait, assez rare, constaté dans la moëlle cervicale, de l'existence de vaisseaux sanguins de nouvelle formation au centre de l'épithélium proliféré du canal épendymaire.

OBSERVATION XVI

(*Berliner Klinische Woch*, 29 août 1892, p. 870, par PHILIPSON)

Un cas de lupus érythémateux disséminé avec lésions articulaires

La malade, âgée de 42 ans, d'une famille bien portante est elle-même en bon état de santé. L'été dernier elle remarqua une abondante chute de cheveux aux régions temporales. Au milieu du mois d'août, elle éprouva de la cuisson en se lavant les mains et trouva une tuméfaction et une rougeur des sillons unguéaux qui étaient douloureux à la pression. En septembre suivant elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé qui la retint au lit pendant six semaines et qui fut amélioré par le salicylate de soude. Étaient atteintes les articulations des mains, des coudes, des épaules, des genoux et des doigts qui eux restèrent les derniers le siège de tuméfaction et de douleur. En octobre suivant elle fit appeler le médecin pour ses oreilles qu'elle remarqua être rouges, brûlantes, roussies et écaillées. Dans le courant de ce mois

et dans le mois suivant apparurent aussi sur d'autres régions du corps, en particulier sur la crête du nez et sur les arcades sourcilières de la rougeur et de la desquamation; en ces endroits seulement les écailles pouvaient s'enlever facilement. Sur les doigts étaient aussi apparus de petits boutons rouges qui étaient plus sensibles à la pression. Aucun traitement ne fut institué par le médecin et la malade fut plutôt mise en observation pour les douleurs de ses articulations qui revenaient de temps en temps que pour ses quelques tâches du visage.

En janvier, la malade chercha une polyclinique pour calmer ses douleurs des doigts et on lui conseilla de venir ici; quand les tâches du visage eurent grandi insensiblement et que leur nombre eut augmenté, elle se décida à entrer le 16 janvier à la clinique.

C'est une personne de constitution délicate qui souffre de rhumatisme articulaire aigu et de douleurs dans les grandes articulations et qui, sur toute l'étendue des articulations des doigts, présente encore une légère tuméfaction que l'on peut voir et sentir très-nettement. On ne trouve rien d'anormal dans les autres organes.

Les lésions cutanées se localisent principalement sur la tête et les mains. Sur la crête du nez est une zone rouge, couverte d'écailles jaunes sales qui s'étend sur les parties latérales du nez. On trouve des tâches semblables sur la moitié interne des arcades sourcilières sur lesquelles les poils se laissent difficilement arracher. Un examen plus attentif montre que cette rougeur est formée par les capillaires sanguins dilatés, formant un réseau superficiel très serré. Les écailles se détachent d'elles-mêmes à leur périphérie et les tâches sont plus accentuées à leur centre. Sur les arcades sourcilières les écailles ne sont pas aussi épaisses. Les trois plaques se continuent insensiblement avec le tissu sain, sur lequel le réseau de capillaires dilatés se resserre également et où se remarquent aussi quelques petits placards rouges isolés,

Les caractères remarquables de ces plaques sont qu'elles s'étendent maintenant à tout le visage, et leurs détails ne peuvent être bien observés qu'au grossissement de la loupe. On trouve des plaques de la grandeur d'un pfennig sur le front, sur la joue droite, à la hauteur de l'oreille et au milieu de la lèvre supérieure. Ces deux dernières présentent sur leurs bords un fin bourrelet et à leur centre de minces écailles. En dehors des placards on voit une éruption punctiforme de nombreuses taches rouges qui se propagent en restant isolées, sur le front, la moitié externe des joues, sur les lèvres et sur le menton. Elles présentent de petits vaisseaux capillaires dilatés qui s'irradient de leur centre où l'on peut voir une petite écaille mince, blanchâtre, s'enlevant facilement. D'autres montrent à la loupe, quand on a enlevé l'écaille, un centre plus pâle et déprimé.

Les conques sont également envahies, surtout au voisinage de la moitié supérieure du bord externe, ainsi que l'antitragus et quelques autres points du pavillon. La peau, sur le bord du pavillon est en partie couverte de fines écailles d'un jaune sale, en partie unie, luisante et rougeâtre. Les autres endroits atteints sont également recouverts d'écailles et les orifices des follicules sont dilatés.

En examinant la région du cuir chevelu on constate que la région temporale n'est couverte que de longs cheveux laineux. Sur la région du vertex il n'y a qu'une petite quantité de longs cheveux qui se laissent facilement arracher et le cuir chevelu, sur une surface d'une pièce d'un mark; est blanc-rougeâtre et couvert de minces écailles peu adhérentes.

Sur toute la partie antérieure de la tête, à partir de la limite des cheveux, on voit de jolis petits îlots de la dimension d'un petit pois, les uns d'un rouge vif, tranchant sur la pâleur des parties voisines et couverts de minces écailles brillantes, nacréées, quelques-uns un peu surélevés au-dessus de la peau saine, les autres enfin donnant au toucher la même sensation que la peau œdémateuse. On n'y observe ni dépression

centrale ni dilatation des capillaires. A la partie postérieure de la tête quelques petites plaques isolées très pâles.

A l'inspection de la cavité buccale, on trouve un autre endroit malade qui n'avait pas été remarqué par la malade. Cette plaque, grande comme un haricot, située au niveau de la partie postérieure de la machoire inférieure, sur la muqueuse de la joue droite, est ovale, de couleur rouge sang (coloration qui s'étend un peu au delà de ses contours), et est entourée d'un mince liseré blanc-opalin, d'où partent de petits plis radiés. Par simple pression, le centre d'un rouge plus intense prend une teinte plus pâle.

Les lésions les plus anciennes sont sur les doigts. Le sillon unguéal est entièrement rouge, tuméfié et douloureux à la pression. Sur cette rougeur se montrent quelques points isolés, moins douloureux. Les phalanges sont à demi recouvertes de petites éruptions de la grosseur d'un pois, plus nombreuses du côté de la flexion que de l'extension, et plus épaisses sur les dernières phalanges. Le centre en est un peu déprimé et recouvert d'une écaille blanchâtre, adhérente. Les plus grandes éruptions, du côté de la flexion, sont tapissées d'une sorte de matière cornée, solide. Les plus petites sont remarquables en ce sens que les parties superficielles de la peau sont transformées en substance cornée, et que plus profondément, quand on arrache cette couche, le fond des tâches est bleuâtre ou rouge-brun. A la loupe, on voit que le centre est plus déprimé que la périphérie.

A la hauteur du milieu du tronc, on trouve encore quatre plaques symétriques, allongées, ovales et parallèles à la direction des côtes dont le centre, de la dimension d'un grain de chénevis, est pâle, blanchâtre et entouré d'écailles argentées.

Les placards furent cautérisés, puis de nouveau cautérisés après grattage. Ce traitement produisit des résultats satisfaisants ; et pendant un séjour de trois mois qu'elle fit à la clinique, aucune tâche nouvelle n'est apparue. Pendant ce

temps, la malade prit du salol à l'intérieur, et le gonflement et les douleurs articulaires disparurent.

L'auteur signale que l'aspect du lupus érythémateux est ici bien net, et qu'aucun doute ne peut s'élever sur l'exactitude du diagnostic. Il mentionne aussi ce fait que la localisation de cette maladie sur la muqueuse buccale, quoique ayant déjà été observée, est cependant particulièrement remarquable.

OBSERVATION XVII

LUSTGARTEN (*Journal of cut and genit urin diseases*, 1897, p. 529).

*A case of lupus érythematosus
with lesions on the mucons membranes of the mouth.*

Le malade était un homme de 20 ans, un fripier, qui immigra de Russie dans cette contrée il y a huit ans. Ses parents, tous deux vivants, sont bien portants comme aussi deux sœurs. Un frère et trois sœurs sont morts dans l'enfance. Le malade raconte que quand il était âgé de huit ans, il a eu une affection de la peau, localisée au cuir chevelu et à la face et qui était caractérisée par d'épaisses croûtes. Il y a deux ans, il eut une fièvre typhoïde qui a duré plusieurs semaines. L'affection présente de la peau fut notée, la première fois, il y a quatre ans, apparaissant symétriquement sur les deux arcades zygomatiques et s'étendant graduellement jusqu'à ce qu'elle eut atteint ses limites actuelles. Le cœur et les poumons sont normaux. Son appétit est bon ; pas de fièvre. Il raconte qu'il a perdu un poids considérable l'an dernier. Sur la face, existent deux larges taches, irrégulières, symétriques, d'un rouge brillant, environnées de plusieurs taches

plus petites, du même caractère et de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un haricot. A l'intérieur des placards, on voit des surfaces irrégulières de peau saine et des taches jaunes brunâtres légèrement saillantes, inégales et balafrées. Les lésions font un peu relief, sont d'un rouge pourpre et ne disparaissent pas entièrement par la pression ; elles sont entourées d'un halo congestif érythémateux avec bords inégaux. A leur centre, reposant sur une base déprimée, cicatricielle et en partie atrophiée, existent de brillantes écailles, très adhérentes sur les taches les plus anciennes. Il y a sur le dos du nez quelques cicatrices folliculeuses qui sont le résultat de vieilles lésions. Il y a une seule petite tache, de date récente, sur le cuir chevelu. Sur les lèvres et spécialement sur la supérieure, il y a un petit nombre de plaques isolées et une confluyente qui les épaississent. Les écailles sur les lèvres ressemblent à des coupures. Sur le bord rouge des lèvres et sur la surface muqueuse de la bouche existent plusieurs petites plaques isolées, ne gênant en rien le malade qui est un fumeur de cigarettes invétéré. La conjonctive de la paupière inférieure et le bord des cils sont rouges et congestionnés. Sur la face, les orifices folliculaires sont dilatés et remplis de matière sébacée épaissie. Ce cas correspond au type érythémateux folliculaire de Besnier.

OBSERVATION XVIII

[VIDAL. — *Annales de dermat. et syphil.*, année 1889, p. 326).

Lupus érythémateux de la bouche. — Moulage 1146
au Musée Saint-Louis

M. Vidal fait voir une malade atteinte d'un lupus érythémateux de la bouche. Sur la face interne de la joue gauche, il

existe une plaque isolée, qui présente le même caractère que le lupus érythémateux de la face interne des lèvres. C'est la seconde fois seulement qu'il voit ainsi une plaque de lupus érythémateux se montrer dans la bouche. Sur les joues et sur les côtés de la racine du nez, on voit des plaques et des cicatrices de lupus érythémateux datant de plusieurs années.

M. E. Besnier. — Les faits de ce genre sont, en effet, très rares. Peut-être ne les cherche-t-on pas assez. Il faut dire aussi que des lésions de la bouche de nature très différente présentent souvent un aspect très analogue.

M. Vidal. — Une semblable coïncidence est importante parce qu'elle indique une véritable ressemblance avec le lupus vulgaire.

M. Quinquaud a vu un lupus érythémateux débiter par la voûte palatine. Le lupus érythémateux primitif buccal est très rare, le lupus érythémateux secondaire, au contraire, fréquent surtout au niveau des lèvres.

M. Lailler n'a pas observé de lupus érythémateux primitif de la cavité buccale.

OBSERVATION XIX.

(LASSAR. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 11 Décembre 1893).

Lupus érythémateux du cuir chevelu et de la muqueuse buccale

M. Lassar présente un très beau cas de lupus érythémateux disséminé avec localisation sur le cuir chevelu et la muqueuse buccale. Il expose pour la connaissance de cette lésion que le lupus érythémateux était apparu chez une malade sur un palais sain, à la suite de l'irritation produite par le port d'un appareil prothétique et que l'on avait pu le reconnaître dès le début et qu'ensuite de larges efflorescences de même espèce étaient apparues sur la peau.

OBSERVATION XX

(LANG. — *Société viennoise de dermatologie*. Séance du 19 avril 1893.
In annales de dermat. et syph., 1893.)

Lupus érythémateux de la muqueuse buccale

M. Lang présente une femme portant une lésion de la muqueuse qui a des rapports avec le lupus érythémateux. Au moment de son entrée, il n'y avait qu'une sorte d'escharre dans l'angle formé par le maxillaire supérieur avec le maxillaire inférieur, comme s'il y avait eu compression en ce point ; mais il n'y a là aucune dent ; aujourd'hui, la région est infiltrée surtout au bord avec un reflet bleuâtre ; au centre, on voit une cicatrice.

OBSERVATION XXI

(Dr Samuel WEST. — *British Journal of dermatology*, 1897, p. 489.)

Case of acute lupus érythēmatosus.

Le docteur Samuel West nous présente Gertrude H..., âgée de 23 ans, atteinte d'un lupus érythémateux aigu. Toute la face est fortement tuméfiée. Le gonflement s'étend en bas depuis la machoire jusqu'à la partie supérieure et aussi autour des oreilles. Le cuir chevelu est envahi mais n'est pas très tuméfié. Les cheveux sont devenus entièrement clairs, à tel point qu'une perruque est nécessaire. La périphérie du gonflement est marquée par une bordure rouge distincte.

Les paupières sont très enflées et les sourcils et les cils sont tombés. Les conjonctives sont très rouges. Les lèvres sont envahies aussi bien que la membrane muqueuse de la bouche et le palais dur. Sur le dos des mains et sur les doigts existent de petites taches rouges nombreuses ; sur la paume des mains il y a un pointillé rouge très curieux. On voit une rougeur tant soit peu papuleuse sur les jambes, au-dessous des genoux.

L'éruption a commencé il y a 7 mois, apparaissant d'abord de chaque côté du nez. Elle s'étendit rapidement sur les parties de la face qui sont lésées actuellement et s'accroît encore lentement maintenant. Les cheveux ont commencé à tomber peu de temps après. L'éruption s'améliora et s'aggrava alternativement, mais ne disparut jamais complètement. La cause de la maladie est inconnue ; il faut noter, toutefois que pendant l'attaque la malade fut prise d'une grande frayeur.

La malade est en bonne santé et ses fonctions diverses ont lieu d'une façon satisfaisante.

OBSERVATION XXII

(HOMOLLE. — Thèse Paris, 1875, page 27.)

Lupus érythémateux des lèvres.

Chez un homme, qui a été plusieurs mois au n° 40 de la salle Saint-Léon (service de M. Besnier), à la lèvre inférieure en continuité avec des groupes érythémato-papuleux qui occupent le voisinage de la commissure gauche et à quelque distance de la commissure droite, se voient deux surfaces érosives, à contour assez nettement marqué par une légère élévation périphérique et une très faible dépression correspondante du côté de l'érosion. La coloration de la muqueuse est,

à ce niveau, un peu plus foncée que sur les parties voisines elle est luisante et remarquable par la présence d'un pointillé pâle que circonscrivent les mailles d'un réseau vasculaire très fin.

OBSERVATION [XXIII

(Observation X, in *Thèse de Marty*, Paris 1883-1888)

Lupus érythémateux ayant débuté dans l'âge mûr, chez un homme sans antécédents de famille, mais dont la femme est morte de tuberculose. Laryngopathie lupeuse. Phymatose pulmonaire secondaire à marche subaiguë et remittente.

Gui..., Charles, 47 ans, entre le 25 janvier 1885, salle Cazenave, n° 70, service de M. le Dr Besnier.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivent encore et se portent bien. Deux sœurs jouissent d'une bonne santé; un frère mort de ramollissement cérébral.

Antécédents personnels. — Sa femme est morte en 1870, de tuberculose pulmonaire, après sept ans de mariage. Il a deux enfants, l'un de 21, l'autre de 17 ans, qui, quoique n'étant pas très robustes, ne se portent cependant pas mal. Il y a trois ans, le malade a eu successivement deux fluxions de poitrine dans la même année. Depuis il tousse, crache. Il n'a jamais eu d'hémoptysie et n'a pas maigri.

En 1882, est survenu chez lui, sans cause appréciable, un lupus érythémateux de la joue gauche. pour lequel il a été traité, dans le service de M. Besnier, qui lui a fait des cautérisations avec l'électro-cautère. Il est sorti incomplètement guéri.

Il rentre de nouveau, le 25 janvier 1885, salle Cazenave, et

présente un placard de lupus érythémateux de la joue gauche étendu, qui a gagné l'œil du même côté.

Outre son affection cutanée, on constate une tuberculose pulmonaire arrivée au second degré des lésions (craquements humides).

L'examen laryngoscopique pratiqué par M. Baratoux donne les résultats suivants :

Pâleur et tuméfaction de la commissure postérieure.

Coloration rosée des cordes vocales dans toute leur étendue.

Immobilité absolue de la corde vocale gauche, en position de phonation.

Anémie de la voûte palatine.

OBSERVATION XXIV

CAVAFY (*British journal of dermatology*, 1897, p. 328).

Case of lupus érythematosus remarkable.

Le docteur Cavafy montre un remarquable cas de lupus érythémateux. La malade est âgée de 22 ans. A 15 ans, les mains commencèrent à se couvrir de tâches qui envahirent principalement la face dorsale des doigts; quelques-unes aussi furent vues sur la paume des mains. L'éruption s'étendit rapidement jusqu'à ses limites actuelles. Les plaques étaient sèches, couvertes de fines écailles et accompagnées de démangeaisons et de cuissons. Quatre ans après elle eut une grande attaque d'inflammation de la face, des oreilles, du dos, avec un peu de fièvre. Le médecin qui l'a vue, crut à un érysipèle, puis pensa à un eczéma. La plus grande partie de l'inflammation subsista, mais les oreilles et le dos commencèrent à se couvrir de cicatrices. Quelques tâches restèrent sur la face et arrivèrent graduellement à leur état actuel.

L'état des mains de la malade la prive de tout travail ; elle dit qu'elle est faible, mais il n'y a chez elle aucun antécédent tuberculeux. Elle raconte que pendant l'hiver ses doigts ont une tendance à devenir morts, mais elle n'est pas sujette aux engelures.

Etat présent. — La malade est bien portante et n'est pas anémique. Les deux oreilles sont légèrement rouges, couvertes d'écailles adhérentes. Sur toutes les deux existent des cicatrices superficielles, distinctes. Sur la joue droite se trouve une légère tache rouge, couverte d'écailles et quelques-unes plus petites sont disséminées sur le menton et sur l'extrémité du nez. Ces taches n'ont pas des bords durs ; la peau sur laquelle elles reposent n'est pas très infiltrée, et quelques-unes d'entre elles montrent une pigmentation peu prononcée, ce qui fait croire qu'elles ont subi une involution lente. La lèvre supérieure est tuméfiée, douloureuse, desquame et présente une faible rougeur. La tuméfaction s'étend jusque sur la surface muqueuse interne. La lèvre inférieure est normale et le cuir chevelu est exempt de lésions. Les deux mains sont très atteintes ; le dos des doigts et leur bord sont couverts de taches d'un rouge vif, présentant des écailles qui, dans certains cas, sont tellement confluentes qu'elles forment une large plaque affectant tout le dos de la seconde et troisième phalanges et s'étendant jusqu'à la surface palmaire. Ces taches sont limitées par des bords durs, de contour irrégulier, et légèrement déprimées. Les extrémités des deux auriculaires sont tellement atrophiées que leurs phalanges terminales paraissent petites et raccourcies. Il y a quelques taches isolées, rouges, écailleuses sur la paume des mains, principalement sur la face palmaire des pouces et des médius et sur les éminences thénar et hypothénar. Sur la face externe du bras droit, au-dessous de l'insertion du deltoïde, existe une tache ovale, d'un rouge sombre, couverte d'écailles et d'un diamètre de un pouce. Le bras gauche est sain. Le dos, entre les régions interscapulaires supérieures et inférieures, est

occupé par une cicatrice large, pâle, superficielle, avec des bords irréguliers, ressemblant à une carte géographique. La malade déclare que nulle part ailleurs sa peau n'est affectée, mais elle n'est pas intelligente et il est tout à fait possible que des recherches ultérieures permettraient de découvrir des lésions additionnelles.

Il y a quelques particularités intéressantes dans ce cas : la jeunesse de la malade, la multiplicité et la grande dispersion des lésions, et spécialement l'éruption aiguë d'il y a quatre ans. Prenant tous ces points en considération, le cas semble répondre aux variétés appelées : « Lupus érythémateux disséminé », affection rare qui, dans le seul autre cas vu par le présentateur, s'est terminée fatalement avec une très forte fièvre, terminaison qui, s'il faut en croire Kaposi, est vraie dans la moitié des cas.

OBSERVATION XXV.

(Dr THIN, *the british journal of. dermatology*, 1895 p. 358).

Case of lupus erythematosus.

Le docteur Thin rapporte un cas de lupus érythémateux occupant le siège classique sur le nez et les joues, remarquable à cause de sa grande ressemblance avec les cas superficiels de lupus vulgaire. Les parties affectées des deux joues sont très rouges, tuméfiées et dures au toucher. Quand on les presse avec le doigt, on a la sensation d'une infiltration considérable. De petites cicatrices superficielles sur les deux oreilles montrent que dans ces parties l'éruption avait subi une cure spontanée. Il y avait des taches rouges, isolées, irrégulières, de la grosseur d'un pois, séparées par des parties

de peau saine, infiltrées. Une petite tâche de cette sorte existait sur la lèvre supérieure et atteignait la membrane muqueuse.

Le malade était un homme de 35 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé. Il y a 5 ans, des tâches apparurent sur le nez et les joues. Elles s'étendirent rapidement et se confondirent. La maladie prit une extension très grande et la forme typique d'une aile de chauve-souris.

CONCLUSIONS

1° Le lupus érythémateux des muqueuses est rare. Le plus souvent, il n'est que l'extension d'un lupus érythémateux de la face ; exceptionnellement, il se développe isolément ;

2° Contrairement au lupus érythémateux de la peau, il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme ;

3° Le lupus érythémateux a été observé sur la plupart des muqueuses accessibles à l'exploration ; seules, les muqueuses anale et des organes génitaux de la femme paraissent épargnées.

Suivant sa localisation, l'aspect clinique de la maladie varie ;

4° Au point de vue anatomique, les lésions des muqueuses ressemblent beaucoup à celles que l'on a constatées dans la peau ; il y a seulement une infiltration plus grande de la couche papillaire du derme ;

5° Il serait de nature tuberculeuse et probablement d'origine toxi-infectieuse, dû aux poisons élaborés par le bacille de Koch ;

6° Le diagnostic en est difficile, car la plupart des lésions des muqueuses peuvent le simuler. L'étude attentive des lésions, l'évolution de la maladie, la coexistence d'accidents de lupus érythémateux de la peau nous paraissent être les meilleurs guides du diagnostic ;

7° Le pronostic doit être réservé ;

8° A la médication générale, qui convient seule aux cas aigus et généralisés, il faut ajouter, dans la forme chronique, une thérapeutique locale, dont le galvano-cautère et l'acide lactique nous paraissent les agents les plus efficaces.

Paris, le 11 Février 1901.

Vu par le Doyen,

Vu par le Président de la Thèse,

BROUARDEL.

FOURNIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD,

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- C. W. ALLEN. — Lupus erythematosus. *The journ. of Améric med. ass.*, 1898, p. 910.
- MAC, CALL, ANDERSON. — De l'emploi de l'iodure d'amidon dans le traitement du lupus érythémateux. *British journ. of dermat.*, 1879, p. 293.
- AUDRY. — Lésions histologiques tuberculeuses dans un lupus érythémateux. *Annales de dermat. et syph.*, 1897, p. 497.
- BAZIN. — Leçons sur la scrofule. Paris, 1861.
- BÉRINGIER. — Lupus érythémateux du nez et de la muqueuse laryngée. Œdème de la glotte. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1878, p. 172.
- BYRON BRAMWELL. — Traitement du lupus érythémateux par injection de suc et d'extrait thyroïdien. *The british med. journ.*, 14 avril 1894.
- BROCQ. — Traité des maladies de la peau, 1890.
— Lupus érythémateux disséminé à aspect un peu insolite. *Annales de dermat. et syph.*, 1893, p. 1175.
— *Annales de dermat. et syph.*, 1894, p. 1076.
- BROOKE. — Lupus erythematosus and tuberculosis. *British journ. of dermat.*, 1895, p. 73.

- BUCKLEY. — Traitement du lupus érythémateux par le phosphore à l'intérieur. *Americ. journ. of med. sciences.* Avril 1893.
- CALMELS. — Des divers traitements du lupus érythémateux et en particulier par les courants de haute fréquence. Thèse Paris, 1898.
- CAVAFY. — Case of lupus erythematosus remarkable. *British journ. of derm.*, 1897, p. 328.
- RADCLIFFE CROCKER. — Diseases of the skin. 1893, p. 494.
— Traitement du lupus érythémateux par la salicine à l'intérieur. *Annales de derm. et syph.*, 1898, p. 913.
- CROS. — Du lupus érythémateux et de sa nature tuberculeuse. Thèse de Montpellier, 1895-1896.
— Lupus érythémateux du nez et des muqueuses simulant des lésions syphilitiques. In Thèse, observation IX.
- DUBREUILH. — Précis des maladies de la peau. 1899.
- DU CASTEL. — Lupus érythémateux généralisé avec maxima au niveau de la face, des mains et des pieds. *Annales de derm. et syph.*, 1899, p. 660.
- DUHRING. — Sur le lupus érythémateux. *Philadelphia med. Times.* 1875, p. 561.
- ERAUD. — De la relation entre le lupus érythémateux et la tuberculose. *Lyon médical*, 11 février 1894, p. 184.
- FEULARD. — Lupus érythémateux de la lèvre supérieure avec tuberculose pulmonaire. *Annales de derm. et syph.*, 1889, p. 806.
— Lichen plan des ongles et de la lèvre inférieure. *Bulletin de la Société de derm. et syph.*, 1890, p. 209.
- FOURNIER. — Syphilide de la lèvre simulant un lupus érythémateux. *Gazette des Hôpitaux*, 1890, p. 402.
- FOX. — Lupus érythémateux de la face et de la cavité buccale. *Journ. of cut. dis.*, janvier 1890.
- GAUCHER. — Leçons sur le lupus érythémateux. *Semaine médicale*, 4 octobre 1893, p. 449.
— Traité des maladies de la peau, 1893.

- GUIBOUT. — Traité des maladies de la peau, 1885.
- HALLOPEAU. — Du lupus érythémateux. *Semaine médicale*, 1896, p. 339.
- Du lupus érythémateux. *Semaine médicale*, 1898, p. 225.
- Sur un cas de lupus érythémateux végétant. *Bulletin de la Société française de dermat. et syph.*, 1892, p. 95.
- HASSLER. — Lupus érythémateux de la face avec extension aux muqueuses labiale et buccale. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1892, p. 368.
- HEBRA. — On diseases of the skin, 1875.
- Traitement du lupus érythémateux par des applications d'alcool. *Annales de dermat. et syph.*, 1899, p. 794; *Semaine médicale*, 4 janvier 1899; *The Lancet*, 1899, p. 481.
- HYDE. — Diseases of the skin, 1900.
- HOLDER. — The pathology of lupus erythematosus. *Journal of cut. dis.*, 1897, p. 207.
- HOMOLLE. — Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne. Thèse, Paris 1875.
- HUTCHINSON. — Leçons sur le lupus. *British med. journ.*, 1888, p. 62.
- ISABEL. — Des scrofulides laryngées. Thèse Paris, 1880.
- JACKSON. — Transformation du lupus érythémateux en lupus tuberculeux. *Annales de dermat. et syph.*, 1897, p. 1189.
- JENKES. — Lupus erythematosus treated internally with phosphorus. *Boston med. journ.* 1895, p. 544.
- KAPOSÍ. — Traité des maladies de la peau : Traduction Besnier et Doyon, 1892.
- KAPOSÍ. — Lupus érythémateux traité par la thiosinamine. *Annales de dermat. et syph.* 1899, p. 798.
- KOBNER. — *Annales de dermat. et syph.* 1897, p. 103.
- KOCH. — Du lupus érythémateux aigu. *Arch. f. dermat* XXXVIII, 1896, p. 39. — *Annales de dermat et syph.* 1896, p. 1223.
- LAMAISSON. — Du lupus érythémateux. Thèse de Montpellier, 1882-1883.

- LANG. — Lupus érythémateux de la bouche. *Société viennoise de dermat.* 19 avril 1893. — *Annales de dermat. et syph.* 1893.
- LASSAR. — Lupus érythémateux du cuir chevelu et de la cavité buccale. *Berliner Klin. Woch.* 11 décembre 1893.
- LEGRAIN. — Lupus érythémateux traité par injections de sérum d'agneau. *Annales de dermat. et syph.* 1896. p. 68.
- LELOIR. — Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux. *Archives de physiologie*, 1890, p. 690.
- LELOIR. — Lupus vulgaire érythématoïde. *Archives de physiologie*. 1891, p. 309.
- LELONG. — Du lupus (thèse, Paris, 1877).
- LIVEING. — *Diagnosis of skin diseases*, 1879.
- LOOTEN. — Des scrofulides des muqueuses. Thèse d'aggrégation, Paris, 1878.
- LUSTGARTEN. — A case of lupus erythematosus with lesions on the mucous membranes of the mouth. *Journ. of cut and genit ur. dis.* 1897., p. 529.
- MENEAU. — Lupus érythémateux de la face, cuir chevelu et de la bouche. *Annales de dermat. et syph.*, 1896, p. 387.
- MORISON. — Recherches histologiques sur le lupus érythémateux de Cazenave. *Vierteljahr f. dermat. und syph. heft*, 4, 1886. — *Revue des Sciences, médic. de Hayem*, 1887, p. 612, tome XXIX.
- MALCOLM MORRIS. — *Diseases of the skin*, 1894.
- Du lupus érythémateux. Deuxième congrès internat. de dermat. et syph. *In annales de dermat. et syph.*, 1892, p. 1173.
- NEUMANN. — Traité des maladies de la peau, 1880.
- PERRIN. — Lupus érythémateux disséminé paraissant lié à des troubles menstruels. Congrès internat. de dermat. et syph. tenu à Saint-Louis, Paris, 10 août 1889.
- PÉTRINI. — Note sur un cas de lupus érythémateux généralisé avec nécropsie. Broch. in-8, Paris, 1892.

- PHILIPSON. — Un cas de lupus érythémateux disséminé avec lésions articulaires. *Berliner klinische Woch.*, 1892, p. 870.
- PIFFARD. — Lupus érythémateux de la verge. *Archives of dermat.* Avril 1877, p. 208.
- REICHEL. — Traitement du lupus érythémateux par la quinine. *Annales de dermat. et syph.* 1899, p. 425.
- RENOUARD. — Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. Thèse Paris, 1884.
- LESLIE-ROBERTS. — Does lupus erythematosus ever attack the mucous membranes. *The british journ. of dermat.* 1897, p. 177.
- SCHUTZ. — Nouvelle méthode de traitement du lupus érythémateux. *Archiv. f. dermat. u syphilis*, 1897, t. XXXVIII, p. 73. *Annales de dermat. et syph.* 1897, p. 103.
- SÉCHL. — Un cas de lupus érythémateux guéri par les injections de tuberculine de Koch. *Riforma medic.* 24 juillet 1894.
- Marcel SÉE. — Revue générale sur le lupus érythémateux. *Gazette des hôpitaux.* 12 octobre 1895, p. 1163.
- SHERWEL. — Lupus érythémateux de la bouche. *Annales de dermat. et syph.* 1890, p. 514.
- SHOEMAKER. — *A practical treatise on diseases of the skin.* 1888.
- TENNESON. — *Traité des maladies de la peau.* 1893.
- THIBIERGE. — Lupus érythémateux. (Maladies vénériennes et cutanées. Extrait du *Traité de médecine*, tome I, p. 348).
— La méthode de Koch au point de vue dermatologique. *Annales de dermat. et syph.* 1891, p. 63.
- THIN. — A case of lupus erythematosus *The british journ. of dermat.*, 1895, p. 358.
- TOMMASOLI. — Traitement du lupus érythémateux par injections de sérum de chien. *Riforma medica.*, 20 et 22 mai.
- VIDAL. — Lupus érythémateux de la bouche. *Annales de dermat. et syph.*, 1889, p. 326. Moulage 1146 du Musée Saint-Louis.
— Lupus érythémateux du cuir chevelu et de la muqueuse buccale. *Annales de dermat. et syph.*, 1889, p. 785. Moulage 1396.

VIDAL et LOLOIR. — Lupus érythémateux. C. R. de la Société de biologie, 1882, p. 706.

WHITEHOUSE. — Iodoform as an internal remedy in lupus erythematosus. *New-York med. journ.*, 4 février 1899, p. 159.

ERASMUS WILSON. — Lupus érythémateux. *Journal of cut medicine*, 1868-1869, p. 366.

ZIEMSEN. — Hand book of diseases of the skin, 1885. —

